Nr. 3. 14. stycznia 1934 Rok XIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD POGLĄDOWY.

Prof. Dr. Stanisław MAZIARSKI. Kraków.

Mózg i dusza.

Odczyt na inauguracji roku akademickiego w dniu 9 października 1933 r. w Auli uniwersyteckiej.

(Dokończenie)

Badając całą korę mózgową o charakterze *Isocortex* dochodzi v. Economo do przekonania, że można ją podzielić na większe architektoniczne grupy, o podobnej do pewnego stopnia budowie. Na tej podstawie wyróżnia ten badacz 5 różnych typów (ryc. 2a, 2b), które obejmują całą powierzchnię kory, a zatem okolice czołową, ciemieniową, potyliczną i skroniową, odpowiadające lokalizacją ośrodkom czuciowo-ruchowym i skojarzeniowym Flechsiga. Różnice budowy *Isocortex* w poszczególnych typach nie są zbyt wybitne i dotyczą głównie wielkości komórek, ich mniej lub więcej wyraźnego kształtu i liczby oraz grubości i rozgraniczenia samych warstw.

W typie I liczba komórek naogół jest nieco mniejsza, mimo że bezwzględna grubość kory jest znaczna, komórki piramidalne i wrzecionowate są bardzo wielkie, natomiast warstwy ziarniste 2 i 4 są zaledwie widoczne. Spowodu słabego zaznaczenia warstw ziarnistych autor określa ten typ jako bezziarnisty.

Typ II cechuje się bardzo wyraźnem uwarstwowieniem, dużą liczbą komórek i typowym ich kształtem w poszczególnych warstwach. Postać ta występuje wyraźnie w okolicach czołowych mózgu, dlatego też autor nadaje temu typowi nazwę czołowego.

Typ III okazuje silny bardzo rozwój warstw ziarnistych 2 i 4, co zaznacza się bardzo wybitnem horyzontalnem uwarstwieniem. Typ ten spotyka się w okolicy ciemieniowej kory, stąd nazwa typu ciemieniowego.

W typie IV spostrzega się przedewszystkiem znacznie mniejszą grubość kory, komórki warstwy piramidalnej znacznie mniejsze i o kształcie nieco zmienionym, warstwy ziarniste bardzo wybitne, z licznych komórek złożone. Ten typ występuje w okolicy czołowej a jeszcze wyraźniej w potylicznej, mianowicie na biegunach odpowiednich zrazów mózgu, i dlatego nosi nazwę typu biegunowego.

Typ wreszcie V różni się wybitnie od poprzednich nieznaczną wogóle grubością kory, a natomiast wielką obfitością komórek, które są znacznie mniejsze i przypominają swoim kształtem raczej komórki ziarniste. Z tej przyczyny w obrazie mikroskopowym ten typ okazuje wybitnie ziarniste wejrzenie i dlatego autor nazywa ten typ ziarnistym, z greckiego *Koniocortex*.

Znaczenie fizjologiczne tych 5 typów, występujących w obrębie *Isocortex*, jest zdaniem autora różne, a twierdzenia swoje opiera on na badaniach anatomo-patologicznych i spostrzeżeniach klinicznych, uzupełnionych pośmiertnem badaniem histologicznem. Na podstawie obrazów cyto-architektonicznych i myelo-architektonicznych można do pewnego stopnia odtworzyć również przypuszczalną czynność powyżej wymienionych 5 typów *Isocortex*.

Dla tych typów, w których przeważa warstwa czwarta (komórek ziarnistych) a nawet komórki innych warstw upodabniają się do ziarnistych, zaś w warstwie pierwszej (molekularnej) występują sieci licznych włókienek, jak to jest w *Koniocortex*, przyjąć należy czynność czuciową, natomiast w typie bezziarnistym, o silnie rozwiniętych warstwach 3, 5 i 6, gdzie występują w przewadze wielkie komórki piramidalne i wrzecionowate, upatruje autor czynność ruchową. Obrazy architektoniczne przemawiają jednak za tem, że nie można odmówić korze czuciowej czynności ruchowej i naodwrót korze ruchowej czynności czuciowych, bo w jednej i drugiej znajdujemy typ komórek odbiorczych (ziarniste) i ruchowych (piramidalne) i sieć włókien nerwowych tutaj dochodzących względnie odchodzących. Innemi słowy, należy te obrazy w ten sposób tłumaczyć, że jeśli jakąś okolicę kory uważa się za czuciową, to nie znaczy to wcale, aby ona była zdolna wyłącznie do odbierania podniet, lecz tylko to, że jest przeznaczona specjalnie do przyjmowania podrażnień, a jednak może spełniać i inne elementarne funkcje kory mózgowej, jak zatrzymanie podniet, gromadzenie ich lub przenoszenie. Istnieją tutaj różne możliwości i nie jest wykluczony wzajemny wpływ różnych procesów czynnościowych, od których zależy swoista czynność każdego miejsca kory, związana do pewnego stopnia ze swoiście zróżnicowaną budową architektoniczną.

Typ I (bezziarnisty) jest typem *par excellence* ruchowym, za czem przemawia lokalizacja jego w tych okolicach kory, w których już dawniejsze badania wykazały istnienie ośrodków ruchowych. Podobną czynność przyjmuje v. Economo także i dla typu II, a to na podstawie lokalizacji, uważa jednak ośrodki o II typie architektonicznym zaś ośrodki ruchowe wyższego rzędu i o bardziej skomplikowanej czynności.

Typ V *(Koniocortex)*, który obok charakteru cytoarchitektonicznego wykazuje ponadto w obrazie myeloarchitektonicznym bardzo gęstą i delikatną siatkę włókien nerwowych, należy uważać, opierając się na jego lokalizacji, za korę w całem tego słowa znaczeniu czuciową. Włókna tutaj dochodzące, jak to wykazały badania anatomo-patologiczne, pochodzą od wszystkich zmysłów (dotyku, wzroku, słuchu, węchu i smaku), są zatem rzutem powierzchni czuciowej, zmysłowej na korze mózgowej. Okolice kory, pokryte przez *Koniocortex*, są zatem reprezentantami wszystkich 5 zmysłów.

Natomiast chciałbym zwrócić baczniejszą uwagę na *Isocortex* o typie III i IV, które przeważnie występują w okolicy czołowej, ciemieniowej i potylicznej, a częścią i skroniowej i tworzą wielkie ośrodki, które mają być ośrodkami życia psychicznego. Te ośrodki pokrywałyby się zupełnie z wielkiem tylnem centrum skojarzeniowem (asocjacyjnem) Flechsiga, jak również z częścią przednią przedniego centrum skojarzeniowego.

Rozmieszczenie tych wszystkich typów na korze mózgowej jest w ogólnych zarysach następujące: (ryc. 2a, 2b: 1, 2, 3, 4, 5).

Typ I pokrywa całą okolicę kory przed rowkiem Rolando, a zatem zakręt środkowy i tylną część zakrętów czołowych, przechodząc na brzegu na wewnętrzną powierzchnię półkul, gdzie obejmuje przedni odcinek zrazika przyśrodkowego, tylny odcinek pierwszego zakrętu czołowego i dalsze sąsiednie zakręty aż do podstawy półkul. Typ II zajmuje największą część przedniego i środkowego zakrętu czołowego, następnie trzeci zakręt skroniowy (centrum motoryczne mowy Broca) oraz część trójkątną trzeciego zakrętu czołowego (t. zw. centrum śpiewu Henschena), również część pierwszego i drugiego zakrętu czołowego. Obok tego stwierdzono badaniem cytoarchitektonicznem, że górny zrazik ciemieniowy i środkowa część zraza skroniowego okazują budowę podobną do typu II. Typ III pokrywa przedewszytkiem dolny zrazik ciemieniowy i pierwszy zakręt skroniowy; typ IV obejmuje niezbyt rozległe odcinki kory na biegunie czołowym i potylicznym, wreszcie typ V *(Koniocortex)* występuje w pewnych, ściślej dających się odgraniczyć miejscach kory, a mianowicie w okolicy szczeliny ostrogowej, w przedniej ścianie tylnego zakrętu środkowego i w pierwszym zakręcie Heschla w obrębie zraza skroniowego wewnątrz bruzdy Sylwjusza.

Jak z powyższego przedstawienia stosunków architektonicznych w korze mózgowej wynika, trzeba czynność *Isocortex* tłumaczyć w ten sposób, że pewne typy komórek (mianowicie ziarniste) są, dzięki swej specjalnej wrażliwości (pobudliwości), elementami szczególnie przystosowanemi do odbierania wszelakich podniet, jakiejkolwiek one będą natury, dochodzących tutaj drogą włókien nerwowych doprowadzających, inne zaś (komórki piramidalne i wrzecionowate) doprowadzone do nich podrażnienia albo akumulują, albo zahamowują albo wreszcie przenoszą do elementów, znajdujących się w innych okolicach kory albo też w innych odcinkach systemu nerwowego. Występuje tedy i w *Isocortex* to samo zjawisko, które stale odgrywa rolę tak wybitną w całym systemie nerwowym, t. j. t. zw. odruch, reakcja na podrażnienie, przenosząca się przez t. zw. łuk odruchowy. Łuk odruchowy zaś jest fizjologicznie bardzo ważnym czynnikiem przy wszystkich procesach życiowych, gdyż niema właściwie żadnego objawu życia wyłączonego spod działania systemu nerwowego.

Odruchy takie można podzielić na dwie kategorje, zależnie od miejsca systemu nerwowego, w którem się odbywają. O ile łuk

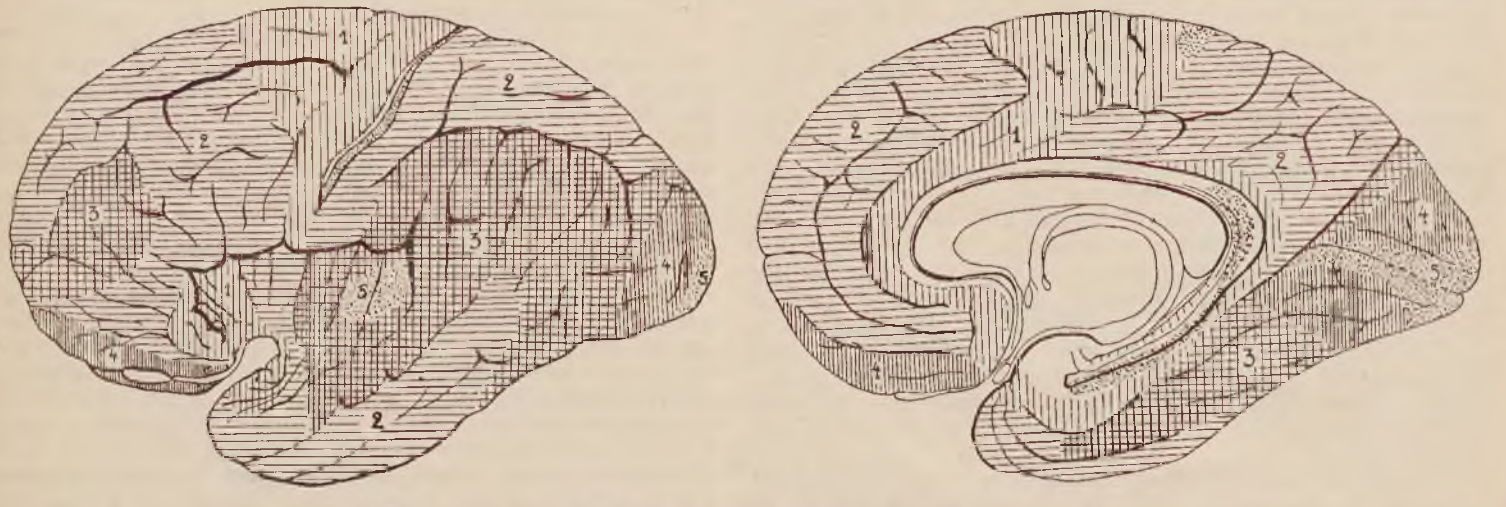
odruchowy obejmuje komórki i włókna w niższych odcinkach systemu nerwowego, to może on pozostać dla nas zupełnie nieznany, — staje się natomiast uświadomionym, o ile podnieta dotrze do kory mózgowej, do ośrodków skojarzeniowych (asocjacyjnych).

W tym ostatnim przypadku każda podnieta, czyto taka, która zadziałała na powierzchnię czuciową, na zmysł dotyku, rozprzestrzeniający się przedewszystkiem w skórze, czy też na inne nasze zmysły, — na zmysł wzroku, słuchu, powonienia lub smaku, dostaje się drogami wstępującemi do 6-warstwowej kory mózgowej i tutaj w komórkach warstwy czwartej odbiorczej wywołuje pewną reakcję, pewien stan czynny, którego natury ściślej nie znamy, a który nazywamy w r a ż e n i e m. Odbieranie wrażeń jest uwarunkowane istnieniem w *Isocortex* pewnego stanu, t. zw. ś w i a d o m o ś c i, której powstawania i istoty dotąd nie znamy. Dzięki tej właśnie świadomości każda podnieta, bez względu na swój charakter, zostaje niejako zarejestrowana w komórkach *Isocortex*. W ten sposób odbieramy wrażenia dotykowe, które określamy jako ucisk, ból, zimno, gorąco, — świetlne, mówiąc o różnych barwach, o przedmiotach jasnych i ciemnych, — słuchowe (głos, muzyka, śpiew), — wreszcie smakowe, dla których znów różnych używamy oznaczeń, jak słodki, gorzki, kwaśny i t. p. — jednem słowem wrażenia, zależne od charakteru podniety, jej nasilenia i czasu trwania. Wrażenia te, choćby nawet trwały krótko, na skutek przerwy w działaniu podniety, wywołują już pewne czynnościowe zmiany w odpowiednich komórkach *Isocortex*, pozostawiając w nich pewien ślad niezatarty, dający jako końcowy efekt stan czynny długotrwały, który nazywamy p a m i ę c i ą. Im silniejsza podnieta, im częściej się powtarza, tem głębsze niejako ślady ryje ona w komórkach *Isocortex*, czyli innemi słowy — utrwala się w naszej pamięci. W tych ośrodkach ma także miejsce porównanie wrażeń jednych z drugiemi równoczesnemi, względnie z dawniejszemi i łączenie ich w większe kompleksy. Dzięki temu łączeniu różnych wrażeń powstaje w naszej świadomości zdolność do tworzenia wyobrażeń, poczem następuje na wyższym szczeblu zdolność do abstrakcji, tworzenia pojęć i budowy syntezy. Charakterystyczną jest zdolność odtwarzania wyobrażeń, choć nie są one wywołane przez żadną zewnętrzną podnietę i w danym momencie nie istnieją. Tak np. możemy wyobrazić sobie różę, jej kształt, kolor, zapach; możemy odtworzyć, niejako odświeżyć w pamięci jakiś widok, oglądany nawet przed szeregiem lat, z wszystkiemi jego szczegółami, możemy wyobrazić sobie i słyszeć, że się tak wyrażę, uszyma duszy, najpiękniejszą muzykę lub śpiew, kiedyś słyszane, — jednem słowem rekonstruować z dawniej odebranych wrażeń wzrokowych lub słuchowych obrazy widziane lub słyszane...

Przez przyjmowanie ciągle nowych wrażeń, przez gromadzenie ich w pamięci, przez grupowanie ich w pewne szeregi pojęciowe, przez porządkowanie ich w pewne systemy, wreszcie przez syntezę zdobywamy wiedzę, naukę i doświadczenie. W *Isocortex* znajdują się ośrodki, niezbędne dla wszystkich aktów umysłowego i psychicznego życia, substrat dla rozumu, woli, uczuć estetycznych i moralnych. Tutaj mieści się ten największy nasz skarb, zapomocą którego uzewnętrzniać możemy nasze myśli i uczucia, t. j. mowa. S ą t o z a t e m o ś r o d k i n a j w y ż s z e g o r z ę d u, o ś r o d k i b e z p o ś r e d n i e c z y p o ś r e d n i e ż y c i a d u c h o w e g o, s i e d z i b a d u s z y l u d z k i e j!

Jednem słowem, całe życie duchowe człowieka, to jedna ciągła, ustawiczna reakcja komórek nerwowych, rozmieszczonych w *Isocortex*, na bodźce i podniety świata zewnętrznego, które działają na różne narządy naszego organizmu, to jeden ciągły, ustawiczny, bardzo złożony i zmieniany w aparatach odbiorczych i w różnej postaci uzewnętrzniający się odruch.

Ośrodki kory mózgowej przez połączenia nerwowe od nich odchodzące oddziaływują bezpośrednio na wszystkie inne odcinki systemu nerwowego, zwłaszcza te, którym podlegają czynności życia zwierzęcego. Oddziaływanie to albo objawia się dowolnemi ruchami albo też zahamowaniem pewnych czynności. Ten ostatni proces jest bardzo ważny, bo w ten sposób ośrodki duchowe trzymają niejako na wodzy ośrodki niższe i nie pozwalają na wyładowywanie się przejawów zwierzęcego życia w zbyt brutalnej formie, jak namiętności, żądze, ślepe instynkty i ich zaspakajanie. Ośrodki duchowe panują nad temi niższemi ośrodkami, zwalczając namiętności rozumem, ślepe instynkty ideami moralnemi, czyniąc w ten sposób z człowieka króla stworzenia. Działanie to jednak hamujące ośrodków duchowych może odpaść, czyto wskutek pewnych zaburzeń korowych czy też działania chwilowego jakichś trucizn (np. alkohol), znoszących hamujące ich działanie, i wtedy występuje jaskrawo czynność ośrodków życia zwierzęcego i zjawia się człowiek - zwierzę w swojej najprymitywniejszej postaci, — gwałtowność i gniew wybuchają, namiętności się budzą, cała moralność znika. Stany takie, bardziej trwałe, są znane w różnych chorobach umysłowych, a chwilowe wskutek zatrucia alkoholem. W takich momentach znika jednak i odpowiedzialność za czyny, bo powstały one wskutek braku hamulca, pochodzącego z wyższych ośrodków duchowych.



Ryc. 2a i 2b. Rozłożenie 5-u typów cytoarchitektonicznych (1, 2, 3, 4, 5) na korze mózgowej półkul (według v. Economo i Koskinasa).

Trudno nieraz zrozumieć a trudniej jeszcze wytłumaczyć te wszystkie, tak bardzo skomplikowane przejawy duszy ludzkiej, — odpowiedź na te zagadnienia dałaby nam mogła tylko dokładna i szczegółowa analiza psychologiczna i rozważania filozoficzne.

Już F l e c h s i g w latach dziewięćdziesiątych zeszłego stulecia przypuszczał, że te wielkie ośrodki skojarzeniowe, przedni, środkowy i tylny, złożone są z małych pól, obdarzonych specjalną funkcją, za czem zdają się zresztą przemawiać spostrzeżenia kliniczne. Dzisiejszy stan badań nad budową architektoniczną *Isocortex* i występujące w niej pewne wyraźne różnice pozwoliły wykreślić na korze mózgowej, podobnie jak na mapie, cały szereg mniejszych pól *(areae)*, o których należy przypuszczać, że w związku z odmienną budową, posiadają różną czynność fizjologiczną. I rzeczywiście to zapatrywanie co do swoistej biologicznej czynności poszczególnych pól korowych należy dzisiaj z całą pewnością przyjąć, choć z drugiej strony na podstawie licznych spostrzeżeń klinicznych należy stwierdzić, że nawet pozornie jednolita czynność nerwowa jest wynikiem procesów czynnościowych nie w jednem jakiemś ściśle określonem polu, lecz raczej wypadkową współdziałania wielu pól, a zmiana w ich czynnościowem ugrupowaniu może wywoływać już zupełnie inny efekt nerwowy. V. E c o n o m o przyjmuje właśnie taki grupowy współudział różnych pól w wytwarzaniu końcowych efektów czynnościowych i sądzi, że nie można mówić o ośrodkach dla pewnych ściśle określonych funkcyj,

tylko o ośrodkach współdziałających, co ma szczególne znaczenie przy powstawaniu pewnych procesów nerwowych.

Rozpatrzmy jeszcze pokrótce lokalizację ośrodków, jakie znajdują się w korze mózgowej, tak czuciowo-ruchowych, jak i dla duchowego życia.

Ośrodki pierwsze, jak już wyżej wspomniałem, są rzutem wszystkich zmysłów na korze mózgowej. W nich występuje odruch prosty przez przeniesienie podrażnienia czuciowego na komórkę ruchową, która następnie przeprowadza stan czynny do pewnych grup mięśni. Te ośrodki znajdują się w korze, w okolicy rowka Rolando i są rozłożone w ten sposób, że ruchowe leżą przed rowkiem i są rozmieszczone w kierunku ku zrazom czołowym mózgu, czuciowe zaś poza rowkiem ku zrazom ciemieniowym i potylicznym. W ośrodkach ruchowych, co stwierdzono badaniami u zwierząt i ludzi, są maleńkie ośrodki nerwowe dla ruchów prostych kończyn i tułowia, dalej dla więcej złożonych jak ruchy pisarskie, przy grze na instrumentach, dla głosu i mowy, dla ruchów kombinowanych oczu, głowy, tułowia, tak charakterystyczne przy akcie zwracania uwagi na jakiś przedmiot, dla ruchów śledzących itd. Dalej ku płatom czołowym kory występujące ośrodki mają już pewną psychiczną czynność, objawiającą się aktami woli, emocjonalnością, napięciem uwagi, wyższą ruchliwością względnie ubóstwem ruchów *(akinesis, abulia, apathia)*. Uszkodzenia w tych okolicach objawiają się zmianami inteligencji, osobistej działalności, brakami etycznemi ze zmianami charakteru, wogóle w aktywności osobowej. Te wszystkie małe ośrodki rozkładają się wachlarzowato w korze od rowka Rolando ku płatom czołowym, w których występują coraz wyraźniej czynności psychiczne. F l e c h s i g lokalizuje w tem centrum świadomość osobowości, wolę, zdolność do abstrakcyjnego myślenia, poczucie w ł a s n e g o j a.

Poza rowkiem Rolando, ku okolicom ciemieniowej i potylicznej, znajdują się ośrodki czuciowe, połączone z 4 zmysłami (dotyk, wzrok, słuch i smak), w których to ośrodkach występuje pierwsza prosta apercepcja elementarnych wrażeń. Ośrodki te o budowie odpowiadającej *Koniocortex* rozmieszczone są w korze półkul w sposób następujący: w przedniej ścianie tylnego zakrętu środkowego jako rzut zmysłu dotyku, w obrębie szczeliny ostrogowatej i na biegunie potylicznym w związku ze zmysłem wzroku, w zakręcie H e s c h l a w zrazie skroniowym ze zmysłem słuchu; zmysł smaku lokalizuje się najprawdopodobniej w okolicy *Retrosplenium*, węch w zakręcie *Hippocampi*.

W sąsiedztwie tych ściślej odgraniczonych ośrodków rozłożone elementy *Isocortex* stanowią aparaty do przyjmowania bardziej skomplikowanych wrażeń, przy którejto czynności bardzo ważną rolę odgrywają pierwsze pierwotne wrażenia pamięciowe. Dalej znajdują się ośrodki do kojarzenia coraz wyższych rzędów skomplikowanych wrażeń, czego dowodziłyby spostrzeżenia kliniczne. Stwierdzono mianowicie, że w jednym z ośrodków bliższych rowka Rolando następuje odbiór prostych i czystych tonów, — obustronne zniszczenie tych miejsc powoduje głuchotę korową, — natomiast nieco dalej ku tyłowi leży ośrodek o bardziej złożonej czynności, którego zniszczeniu towarzyszy głuchota słowna, bo więcej złożone kompleksy słuchowe nie mogą być odbierane. Następne pola, to ośrodek dla zrozumienia znaczenia słów, czynność jeszcze bardziej skomplikowana i wymagająca już pewnych psychicznych wpływów.

Naogół należy zaznaczyć, że im dalej od rowka Rolando, tym wybitniej występuje w elementach *Isocortex* zdolność kojarzenia bardziej złożonych wrażeń z domieszką psychicznego czynnika. Znajdują się tutaj ośrodki dla odbierania obrazów zmysłowych i kojarzenia ich z wrażeniami, pochodzącemi z innych ośrodków zmysłowych, — zrozumienia słuchowych wrażeń, uzupełnionych warżeniami wzrokowemi, dalej dla powstawania wyższych złożonych i skombinowanych ordzajów zrozumienia — mowy, muzyki, pisma, liczb oraz przestrzeni i poznania (*Gnosis*), przez które to czynności rozumieć należy zdolność pokrywania jednozmysłowych wrażeń z dawnemi wrażeniami wielozmysłowemi, co pozwala na wytworzenie jednego wspólnego obrazu pamięciowego. Uszkodzenia w tych okolicach znoszą tę zdolność i zjawia się wtedy t. zw. *agnosia*. W dalszych ośrodkach występują już wyraźne czynności psychiczne, a zaburzenia dotyczą przedewszystkiem inteligencji i rozpoznawania przedmiotów jako takich, a zwłaszcza wyobrażeń o przynależności ich do wszechświata i do własnej osobowości (*Asemantia*), co powoduje niedomogę w celowych działaniach osobnika (*Apraxia*).

W tych ośrodkach należy także zlokalizować czuciową psychiczną osobowość, a zatem zdolność do uzewnętrznienia duchowej osobowości. Podobne zapatrywania wypowiada także F l e c h s i g, dowodząc, że wielkie centrum asocjacyjne tylne łączy nas przez swoje czynności ze światem zewnętrznym.

W skroniowych zakrętach kory mózgowej rozmieszczone są ośrodki zmysłu słuchu, a w bliskiem ich sąsiedztwie (w zakrętach ciemieniowych) ośrodek mowy, charakterystyczny tem, że leży tylko w jednej półkuli mózgowej, u praworęcznych po lewej, u leworęcznych po prawej stronie. Ośrodek ten wykazuje bardzo skomplikowane czynności i podlega niezawodnie wpływom innych psychicznych ośrodków, odgrywających tak wielką i wybitną rolę przy mowie, którą wyrażamy nasze myśli... Ten ośrodek złożony jest z mniejszych, bardzo specjalnych; — niezdolność do czytania pisma lub druku i rozumienia liter *(Alexia)*, cyfr *(Akalkulia)*, nie zdolność wyrażania pojęć słowami *(Aphasia)* — oto wyniki zaburzeń w tych maleńkich ośrodkach.

Trudne i zawiłe są te wszystkie badania nad lokalizacją czynności duchowych w korze mózgowej, trudne tem bardziej, że te procesy, te najwyższe walory człowieka, mogą być badane tylko u człowieka, co napotyka na kolosalne, prawie nieprzezwyciężone trudności. Dlatego też bardzo powoli zdobywamy nowe wiadomości i tylko dzięki stosowaniu specjalnych metod możemy zwolna posuwać tę wiedzę naprzód.

W każdym razie dzisiejsze wiadomości o budowie i czynnościach kory mózgowej wyświetliły, choć może niezupełnie, niejeden problem do niedawna ciemny, pozwalając nam stwierdzić istnienie u człowieka w ośrodkach skojarzeniowych jego kory mózgowej (w przednim zrazie czołowym i w dolnym ciemieniowym), jakby dwóch ognisk wysoko zróżnicowanych, w których koncentruje się całe jego życie duchowe. Trudno jednak nie wspomnieć, że poza temi dwoma ogniskami istnieje jeszcze szereg ośrodków, których funkcyj nie znamy, a które zapewne kryją w sobie czynności psychiczne może wyższego jeszcze rzędu, współdziałające przy procesach duchowych i nadające im to piętno nadprzyrodzone, tajemnicze, którego zbadać i pojąć nie możemy.

Dowodem najbardziej namacalnym, że kora mózgowa jest siedzibą, substratem duszy ludzkiej, to rozwój duchowy dziecka, które przychodzi na świat z zupełnie nierozwiniętemi półkulami mózgowemi i w chwili urodzenia posiada tylko ośrodki niższego rzędu dla utrzymania życia niezbędne. Śledząc z uwagą rozwój półkul mózgowych i zjawiające się powoli czynności psychiczne u dziecka, widzimy i stwierdzić możemy, że występują one przez działanie pewnych stałych podniet na wzrastającą i kształcącą się korę mózgową dziecka. Wywoływanie różnego rodzaju wrażeń, od prostych do coraz bardziej skomplikowanych, ćwiczenie pamięci dziecka, zwiększanie jego inteligencji, wpływanie na sposób i kierunek jego myślenia, budzenie w jego podatnych jeszcze ośrodkach nerwowych szlachetnych uczuć, jakież to piękne zadanie dla tych wszystkich, którzy wychowują i kształcą młode pokolenie!

I ci wszyscy powinni pamiętać o tem, że przez odpowiednie działanie i ćwiczenie mogą nawet zwiększyć ilościowo liczbę tych elementów odbiorczych duszy ludzkiej, a zwiększenie to uzewnętrzni się w bardziej spotęgowanych jej przejawach. Nie stanie się to zapewne dzisiaj lub jutro, ale może setki lub tysiące lat będą potrzebne, aby mózg dzisiejszego *Homo sapiens* powiększył jeszcze więcej swoją objętość i aby w nim rozwinęła się przedewszystkiem kora mózgowa z nowemi ośrodkami duchowemi.

Pracujmy tedy nad duszą ludzką, czuwajmy nad jej jaknajwiększym rozwojem, budźmy w niej najcenniejsze i najszlachetniejsze jej przejawy, jednem słowem kształtujmy duszę — na obraz i podobieństwo Boga.

Prof. Dr. Teofil GRYGLEWICZ. Wilno.

W sprawie twardzieli nosa.

Wśród państw, w których spotykamy twardziel nosa, Polska zajmuje jedno z ważniejszych miejsc. Kresy Wschodnie, Województwo Lubelskie i Małopolska Wschodnia, jak to podaje w swej pracy prof. T. Z a ł e w s k i[1]), są najbardziej zakażone. Wyrażano przypuszczenie, że po wojnie światowej ilość przypadków tej choroby zaczęła się zwiększać, i chociaż nie wiemy napewno, czy tak jest, to jednak zło jest zbyt wielkie, a walka z niem zewszechmiar jest wskazana.

Badania nad twardzielą na terenie Małopolski Wschodniej podjęła Klinika Otolaryngologiczna Uniwersytetu Lwowskiego (prof. dr. T. Z a l e w s k i), a na terenie Wileńszczyzny i Kresów Wschodnich — Klinika Otolaryngologiczna Uniwersytetu Wileńskiego (prof. dr. J. S z m u r ł o). Prof. J. Szmurło od r. 1928 stara się gromadzić w swej Klinice jaknajwiększą ilość chorych z różnych miejscowości na Kresach Wschodnich i wysyła do ich miejsc za-

[1]) Prof. dr. Teofil Zalewski. — Wyniki rejestracji twardzieli w Polsce. Pol. Gaz. Lek. r. 1933 Nr. 36 p. 695.

mieszkania swych asystentów w celu przeprowadzania badań epidemjologicznych, a z propozycją współpracy w tym względzie zwrócił się do Zakładu Bakterjologji U. S. B. Propozycję te chętnie przyjęliśmy w zrozumieniu ważności zadania, i starszy asystent naszego zakładu dr. A. Łapiński zajął się bakterjologją i serologją twardzieli.

Byliśmy bardzo radzi, że w Polsce nie będziemy odosobnieni w swej pracy, gdyż Lwowska Klinika Otolaryngologiczna już od roku 1926 prowadzi badania nad twardzielą przy współudziale prof. dra N. Gąsiorowskiego i jego współpracowników dra E. Mikulaszka i dra H. Meisla. Dyskusja też w tej sprawie jest bardzo pożądana i pożyteczna.

Bakterjologja i serologja twardzieli, pomimo obszernego piśmiennictwa, wykazuje duże luki, wymagające dokładniejszego opracowania. Do dziś istnieje jeszcze rozbieżność poglądów na etjologiczne znaczenie pałeczki Frischa. Pałeczkę tę znajdujemy jednak stale u chorych na błonach śluzowych i w tkance twardzielowej i bardzo łatwo otrzymujemy hodowle czyste. Analiza więc bakterjologiczna miałaby decydujące znaczenie w rozpoznawaniu choroby a może i badaniach epidemjologicznych, gdyby pałeczka twardzieli odznaczała się swoistością swych cech biochemicznych i serologicznych i wyróżniała się takiemi właściwościami wśród całej grupy otoczkowców *(Bact. lactis aërogenes, Bact. Friedlaenderi, Bact. ozaenae* i inne), które również znajdowano dość często na błonie śluzowej górnego odcinka dróg oddechowych. Zapatrywania jednak różnych autorów na wspomnianą swoistość pałeczki Frischa doniedawna a nawet jeszcze i dotąd są podzielone i wymagają dokładniejszego zbadania.

W ostatnich też latach prace podjęte przez bakterjologów lwowskich i przez dra A. Łapińskiego w naszym zakładzie zdążały do wyjaśnienia tej sprawy. Naogół wyniki, otrzymane we Lwowie i w Wilnie, są zgodne i wykazują bardzo wysoki stopień swoistości cech biochemicznych i serologicznych pałeczek twardzieli. Prawie wszystkie szczepy śluzowe, wyhodowane z bardzo licznych przypadków tej choroby, wykazały cechy biochemiczne podane przez Kabelika (brak redukcji lakmusu, brak fermentacji cukru mlekowego, fermentacja kwaśna cukru gronowego bez gazu). Zespół tych cech, zdaniem Kabelika, odznacza się swoistością i służy do odróżnienia pałeczek Frischa od innych otoczkowców. Sama jednak analiza biochemiczna nie wystarcza, gdyż znajdowano, wprawdzie bardzo rzadko, szczepy nietwardzielowe, które w tym względzie niczem się nie różniły od pałeczek twardzielowych. Takie szczepy spotykano nietylko na błonach śluzowych górnego odcinka dróg oddechowych. W naszym zakładzie np. dr. H. Kulikowska ze krwi z żyły łokciowej od chorego na *endocarditis lenta* otrzymała w hodowli buljonowej paciorkowca zieleniejącego i otoczkowca, który swemi własnościami biochemicznemi odpowiadał w zupełności pałeczkom twardzieli, a nie dawał swoistych odczynów serologicznych. Szczepy więc, odpowiadające szematowi Kabelika, mogą być uznane za twardzielowe tylko wtedy, gdy wykazują jednocześnie swoistość serologiczną. Inne otoczkowce, otrzymywane czasami, choć rzadko, z przypadków twardzieli a nieodpowiadające szematowi Kabelika, powinny też być próbowane surowicą swoistą, aby wyjaśnić na przyszłość, czy i one będą miały jakiekolwiek znaczenie w analizach dla celów diagnostycznych i w badaniach epidemjologicznych. Otoczkowce często widocznie znajdują się w ustroju ludzkim, albowiem w naszym zakładzie, pomimo że nie prowadzimy działu analitycznego, prócz wspomnianego wyżej szczepu H. Kulikowskiej wyhodowano jeszcze szczep z ropy pęcherzyka żółciowego, otrzymanej na operacji (dr. Żemojtel). Otoczkowiec ten swemi cechami biochemicznemi zbliżał się do pałeczki gazorodnej *(Bact. lactis aërogenes)*, ale znacznie się też od niej różnił.

Duże znaczenie w odróżnianiu pałeczek twardzieli od innych otoczkowców ma, zdaniem bakterjologów lwowskich (N. Gąsiorowski, H. Meisel, E. Mikulaszek[2]), określanie pH hodowli w czystej wodzie peptonowej. W naszej pracowni nie mógł tego potwierdzić A. Łapiński[3]). W jego próbach zarówno otoczkowce z przypadków twardzieli, jak otoczkowce nietwardzielowe jednakowo alkalizowały obojętną czystą wodę peptonową do pH 7,6 - 7,7. Niezgodność otrzymanych wyników trzeba tłumaczyć sobie zapewne tem, że najprawdopodobniej woda peptonowa była przygotowywana z niejednakowych próbek peptonu, znajdujących się w handlu. W naszej pracowni używamy peptonu Witte. Bądźcobądź, próbę peptonową należy jeszcze dokładniej opracować, by wykazać, czy będzie ona miała znaczenie w odróżnianiu pałeczek Frischa.

Największą swoistością odznaczają się próby serologiczne. Do celów odróżniania pałeczek twardzieli od innych otoczkowców należy stosować surowicę o wysokiem mianie aglutynacyjnem, którą łatwo otrzymać przez uodpornienie królików. Jednak surowica taka nie aglutynuje zawiesiny otoczkowca, który ulega aglutynacji wtedy, gdy po kilku miesiącach lub dopiero po roku utraci otoczki wskutek hodowania go w tym czasie np. na skośnym agarze. Mamy też szybsze sposoby pozbawienia pałeczek ich otoczek i przygotowywania zawiesin pałeczek bezotoczkowych. Porges rozpuszczał otoczki przez zakwaszenie zawiesiny kwasem solnym i zagotowanie. Jego sposób daje wyniki niewyraźne. E. Prášek i M. Prica[4]) a u nas A. Łapiński[5]) pozbawiali pałeczki ich otoczek, działając na otoczkowce bakterjofagiem, i otrzymywali hodowle pałeczek bezotoczkowych. Autorzy stosowali zawiesiny z takich hodowli do wykrywania swoistych aglutynin we krwi chorych, i wyniki były bardzo dobre. Do tych celów można stosować także zawiesiny ze starych hodowli, w których pałeczki również są pozbawione otoczek. Natomiast sposób pozbawiania otoczek zapomocą bakterjofaga nadaje się przedewszystkiem wtedy, gdy chodzi o zróżniczkowanie otoczkowca świeżo wyhodowanego od chorego lub nosiciela zapomocą aglutynacji wysokowartościową surowicą królików uodpornionych. Przytem już samo działanie bakterjofaga odznacza się swoistością. W próbach A. Łapińskiego otrzymany przez niego bakterjofag dla pałeczek twardzieli wcale nie działał na otoczkowce nietwardzielowe. W próbach tych z 50 szczepów pałeczek twardzieli trzy szczepy nie poddawały się działaniu bakterjofaga. Szczepy takie, oczywiście, nie mogą być prędko rozpoznane zapomocą aglutynacji, i należy wtedy zastosować próbę wiązania dopełniacza, albo też poczekać, aż po dłuższem hodowaniu na agarze hodowle ich same utracą otoczki. A. Łapiński pozbawiał pałeczki twardzieli ich otoczek jeszcze zapomocą hodowania ich w buljonie z dodatkiem surowicy swoistej.

Próba aglutynacyjna jest najłatwiejsza do wykonania w badaniach klinicznych i epidemjologicznych. Pracownie bakterjologiczne powinny też dążyć do przygotowania zawiesiny pałeczek Frischa bezotoczkowych, którą możnaby przechowywać w ciągu dłuższego czasu i dostarczać na żądanie klinicystom i epidemjologom. Taką zawiesinę możnaby starać się otrzymać ze starych hodowli agarowych lub zapomocą bakterjofaga, albo surowicy swoistej i wypróbować ją uprzednio wysokowartościową surowicą, przygotowaną uodpornieniem królików. Bakterjofag jednak a również i surowica swoista nietylko pozbawiają pałeczki ich otoczek, lecz działają destrukcyjnie znacznie mocniej i mogą sprowadzić zanik lub zmianę aglutynogenu, przytem może niekiedy wystąpić autoaglutynacja. Przygotowanie też odpowiednich zawiesin wymaga dokładniejszego jeszcze opracowania. W naszym zakładzie A. Łapiński w dalszym ciągu pracuje nad zmianami otoczkowców, powstającemi pod działaniem bakterjofagów.

Z innych prób serologicznych próba Bordet - Gengou, wiązania dopełniacza również jest swoistą i nadaje się do celów diagnostycznych. Jako antygenu do tej próby używano zawiesiny otoczkowców lub otrzymanej z nich substancji węglowodanowej zbliżonej w swej strukturze chemicznej do galaktanu. Substancja ta ma własności t. zw. antygenów resztkowych (haptenów Landsteinera) i znajduje się, zdaniem E. Prášeka i M. Prica[6]), w otoczkach, a niema jej w protoplaźmie pałeczek. W próbach A. Łapińskiego (l. c.) węglowodanowy antygen resztkowy dawał ściśle swoiste zatrzymywanie hemolizy tylko z surowicami królików, sztucznie uodpornionych otoczkowcami, a wyniki z surowicami chorych na twardziel stale wypadały ujemnie; zawiesiny zaś otocz-

---

[2]) H. Meisel i E. Mikulaszek. — O t. zw. prątkach twardzieli. Polska Gaz. Lek. r. 1927, p. 41 i p. 940.

N. Gąsiorowski. O etjologji i epidemjologji twardzieli. Ibidem, r. 1927, p. 525.

N. Gąsiorowski i H. Meisel. — Dalsze badania nad biologją pałeczek otoczkowych. Ibidem, r. 1929, p. 43.

E. Mikulaszek. — Badania doświadczalne nad wywoływaczem resztkowym pałeczek otoczkowych wyhodowanych z twardzieli. Ibidem, r. 1929, 141.

[3]) A Łapiński. — Niektóre cechy biologiczne laseczek twardzieli nosa. Pamiętnik Wileńskiego Tow. Lek., rok VIII, zesz. 1, 1932.

[4]) E. Prášek i M. Prica. — Agglutinationsreaktion bei Rhinosklerom. Centralbl. f. Bact. Or. Bd. 108. 1928. p. 376.

[5]) A. Łapiński. — O bakterjofagu i dysociacji pałeczek twardzieli nosa. Pamiętnik Wileńskiego Tow. Lekarskiego, tom IX, zesz. 1—2. r. 1933.

A. Łapiński. — O aglutynacji bezotoczkowych laseczek Frischa surowicami chorych na twardziel. Polski Przegląd Otolaryngologiczny, tom IX, zesz. 2.

[6]) E. Prášek und M. Prica. — Über die kohlenhydratartige Substanz der Kapsel des B. rhinoscleramatis, B. ozaenae Abel und B. Friedländer. Centralbl. f. Bact. Or. Bd. 128 p. 381. 1933.

kowców nadawały się jako antygen w próbach zarówno z surowicami królików, jak z surowicami chorych. Natomiast, według N. Gąsiorowskiego[7]), antygen resztkowy w rozcieńczeniu 1 : 4000 daje dodatnie wyniki w próbie wiązania dopełniacza również i z surowicami chorych na twardziel. Jednak E. Prášek i M. Prica w ostatniej swej pracy (l. c.) znów podkreślają, że surowice chorych nie zawierają ciał ochronnych, odpowiadających węglowodanowemu antygenowi resztkowemu, i stąd nawet chcą wysnuć hipotezę, któraby nam tłumaczyła odporność zwierząt na zakażenie pałeczką twardzieli i jakoby brak takiej odporności u ludzi. Autorzy ci wykonywali z węglowodanowym antygenem resztkowym próby precypitacyjne, a nie robili prób wiązania dopełniacza.

W twardzieli, podobnie jak w durze brzusznym, w gorączce falującej i niektórych innych chorobach, często występują objawy alergiczne. W starych daleko posuniętych przypadkach chorzy niekiedy wcale nie reagują na wprowadzony antygen w postaci np. autowakcyny. Taki przypadek spostrzegałem w r. 1911. Choremu z rurką tracheotomiczną, z rozległemi, trwającemi wiele lat zmianami w jamie nosowogardłowej i w oskrzelach wstrzykiwałem pod skórę brzucha autowakcynę w przerwach 3—5-dniowych. Stosowałem szczepionkę, zabitą przez ogrzewanie w t° 60° w ciągu godziny, podwajając dawkę w każdem następnem wstrzyknięciu (pierwsza dawka równała się 100 miljonom bakteryj). Odczyny poszczepienne wcale nie występowały — ani ogólne, ani miejscowe i w krótkim względnie czasie doszedłem do dawek wysokich, a nawet wkońcu zaryzykowałem wstrzyknąć choremu pół hodowli agarowej 24-godzinnej żywych pałeczek twardzieli, lecz i na taką dawkę chory nie reagował; poprawy stanu chorobowego też nie było. Odwrotnie w klinikach często widujemy odczyny poszczepienne bardzo mocne. Toteż wydaje mi się, że uprzednie wykrywanie przewrażliwości wstrzykiwaniem antygenu do skóry jest potrzebne. W durze brzusznym np. Głuchow *(Zeitschrift f. Hygiene, T. 109. 1929.)* wykonywał próby skórne odpowiednio przygotowaną endotoksyną durową i w celach leczniczych wstrzykiwał szczepionki do żyły; u chorych z odczynem skórnym dodatnim przerywał gorączkę, u chorych z odczynem ujemnym występowało tylko chwilowe zmniejszenie się gorączki. Możnaby i w twardzieli wypróbować podobny sposób leczenia.

Wnioski:

1. Cechy biologiczne pałeczek twardzieli odpowiadają szematowi Kabelika; same te cechy nie wystarczają jednak do ich rozpoznania, które musi być potwierdzone próbami serologicznemi; do prób serologicznych należy stosować wysokowartościowe surowice, przygotowane uodpornieniem królików otoczkowcami twardzieli.
2. Szczepy, które nie odpowiadają szematowi cech biologicznych Kabelika, również powinny być poddawane próbom serologicznym, aby wyjaśnić na przyszłość, czy i one mają znaczenie w patogenezie i epidemjologji twardzieli.
3. Bakterjofagi mogą także ułatwić nam rozpoznanie pałeczek twardzieli.
4. Pracownie bakterjologiczne powinny przygotować zawiesiny pałeczek bezotoczkowych, które możnaby dłużej przechowywać, aby ułatwić klinicystom i epidemjologom wykonywanie prób aglutynacyjnych, gdyż próby te są najprostsze.
5. Próby wiązania dopełniacza również są swoiste. Do wykrywania w surowicach ciał, wiążących dopełniacz, stosujemy jako antygen zawiesinę otoczkowców lub otrzymywany z nich węglowodanowy antygen resztkowy. Antygen jednak resztkowy, zdaniem niektórych autorów, nie nadaje się do prób z surowicami chorych.
6. W twardzieli należałoby zwracać też uwagę na objawy alergji.

---

[7]) N. Gąsiorowski. — Zagadnienie etjologji twardzieli. Polska Gaz. Lek 1933. p. 694.

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. Henryk SOCHAŃSKI. Lwów.

Podświadomość w ujęciu lekarza - internisty.

Wyobraźmy sobie badacza, który w ciszy swej pracowni spokojnie i rzeczowo, bez wzruszenia, ale z niezłomną wolą tworzy naukowe dzieło. Pomysł nowy zjawia się jako wytwór długiej pracy umysłowej. I jeżelibyśmy byli w stanie zbadać organizm tego badacza, spostrzeglibyśmy, że pozornie nic nie zaszło w jego ustroju, nawet wydzielanie fosforanów nie uległo zmianie[1]). Pomysł, który powstał w mózgu badacza, mógł zapoczątkować nową erę — a jednak ta „cisza w ustroju", która towarzyszy jego pojawieniu się, świadczy, że praca umysłowa jest czemś niesłychanie subtelnem i czemś zgoła różnem od wszystkiego.

Ilość komórek nerwowych jest olbrzymia. Przeszło 12 biljonów[2]) jest liczbą przerażającą. Komórki wegetatywne, motoryczne, czuciowe i inne, a wśród nich najwyższe i najdoskonalsze komórki asocjacyjne płatów czołowych, to potężny system rządzący ustrojem. Pomiędzy automatyzmem a najwyższemi funkcjami mózgu istnieje bardzo nam mało znany świat, zwany podświadomością, olbrzymi i tajemniczy. Przynajmniej 10 miljardów komórek korowych służy funkcjom podświadomym, a tylko cząsteczka tej ilości funkcjom świadomym. Reszta komórek, jak komórki motoryczne i bardzo liczne wegetatywne, to automatyzmy i odruchy proste i złożone.

Jeżeli teraz spokojnie, bez udziału ośrodków afektorodnych, płynie ze zbiorników wiadomości, jakiemi są zwoje mózgowe — ze swojemi kilku biljonami komórek, materjał naukowy do najwyższych w płatach czołowych leżących centrów asocjacyjnych i tu powstaje myśl nowa, to dzieje się to tak sprawnie a subtelnie, iż brakuje słów podziwu dla tego zjawiska.

I.

Po tym wstępie zajmę się obecnie olbrzymim i tajemniczym światem podświadomości, gdyż jest on nieraz równie godny podziwu i jest nadto powodem powstawania schorzeń narządów wewnętrznych i ich znikania. W tym tajemniczym świecie tkwi często przyczyna cierpienia i nieraz te same mechanizmy w grę wchodzą, co w umysłowej pracy, tylko że nie są tak twórcze i że mają one silną współpracę ośrodków afektorodnych i przez to są szkodliwe dla organizmu lub też przeciwnie.

Przytoczę bezimiennie szereg spostrzeżeń.

Dwie nieznające się chore (jedna z zapaleniem osierdzia, druga z nieżytowem zapaleniem płuc) czuły do siebie niechęć. A były zmuszone leżeć na jednej sali. Cierpienie nie zmieniało się a chwilami pogarszało się, mimo energicznego leczenia. Jedną chorą zabrała rodzina i oddała do sanatorjum, druga pozostała. Rychło zaczął się stan obu poprawiać i obie zupełnie wyzdrowiały, mimo że leczenie jednej i drugiej nie uległo zmianie. Dlaczego? Oto, gdy chore się tylko zobaczyły, przypomniały sobie cały bezmiar przykrości, jaki doznały od jakichś osób tak bardzo podobnych do nich. Te przykrości „wypłynęły z głębi podświadomości". Zostały one użyte do procesów myślowych i wywołały szereg stanów afektywnych, które przez ośrodki wegetatywne wpłynęły na stan ogólny ustroju. Obojętne tu były schorzenia. Na wszystkie działanie bodźca było takie same.

Bardzo instruktywnym był drugi przykład.

Młoda panna zaniemogła na zapalenie wysiękowe opłucnej. Choroba przebiegała ciężko, gorączka była wysoka, obawiano się przejścia w zapalenie ropne. Nagle nadeszła do chorej korespondencja z daleka. Przyjęła ją z radością. I od tego czasu stan począł się raptownie poprawiać. Ciepłota spadła a wysięk wessał się bardzo prędko. Cóż się tu stało? Pod wpływem listu wypłynęło z podświadomości tyle miłych wspomnień, które wypełniły świadomość i stały się przedmiotem myślenia, że drogą wegetatywną zostały pobudzone procesy odpornościowe i nastało wyleczenie.

Zdarza się często, że stan chorego, u którego łoża odbyła się narada lekarska, po tem *consilium* się poprawia. Konsyljarjusz leczył nieraz kogoś bliskiego z rodziny ze znakomitym skutkiem i to wspomnienie wypływa w czasie *consilium* z podświadomości, zostaje wciągnięte w myślenie i drogą wegetatywną wpływa na obronę ustroju.

Opiszę teraz pokrótce jeden przypadek, zasługujący na to ze względów naukowych. Przedstawia się on następująco.

Pewnego dnia zgłosiła się do lekarza młoda panna, skarżąc się na ogólne wyczerpanie i bóle w okolicy serca. Towarzyszyła jej stara służąca. Badanie przedmiotowe stwierdziło u chorej, co następuje. Budowa delikatna, odżywianie średnie, ciepłota ciała normalna. W zakresie głowy zwracała uwagę lekka bladość, wytrzeszcz gałek ocznych miernego stopnia, zaznaczony objaw Graefego i Moebiusa i brak odruchu gardłowego. W zakresie szyi nieco powiększona, miękka, nietętniąca tarczyca. Klatka piersiowa umiarowa. Płuca bez zmian. Oddechy 20. Serce wypukiem w granicach prawidłowych. Przysłuchem: I ton nad końcem z pod-

---

[1]) Osobiście o tem się przekonałem. Intensywna, ale spokojna, nie afektowana, praca umysłowa nie wpływa na ilość fosforanów w moczu.

[2]) Liczba naturalnie przybliżona.

muchem. Zresztą 2 tony. Tętno dość dobrze napięte, 84 na minutę. Brzuch bez zmian. Odruchy kolanowe b. żywe. Wysepkowe zniesczulenia skóry. Mocz normalny.

Lekarz przepisał chorej odpowiednie leczenie i od tej chwili znikła mu zupełnie z oczu. Minął rok i chora nie pojawiła się wcale. Po upływie $1^1/_2$ roku zjawiła się ze służącą znowu bledsza, więcej wyczerpana z większą już tętniącą nieco tarczycą. Twierdziła, że żyje spokojnie, nie denerwuje się nigdy, a sypia dobrze od $^1/_2$10 wieczór do 7 rano, a niekiedy i od 3—4 popołudniu. Lekarz zalecił znów odpowiednie leczenie.

Zdarzyło się, że lekarz był zmuszony ze względów towarzyskich spędzić kilka wieczorów w bardzo eleganckim lokalu restauracyjnym. Był tam coś 2—3 razy i zrobił bardzo ciekawe spostrzeżenie. Mniejwięcej koło godziny 12 w nocy pojawiło się wesołe towarzystwo, w którem rej wodziła młoda panna zawsze podniecona do najwyższego stopnia. Towarzystwo, spożywszy kolację opuszczało lokal, idąc, jak mówiło, na tańce. Wpatrzywszy się dobrze w twarz tej panny, poznał w niej chorą, która go zapewniała, że idzie spać o godz. $^1/_2$10 wieczór. Naturalnie nie poznała go. Ona też nie łatwa była do poznania, gdyż środki upiększające i olbrzymie podniecenie zmieniały jej wygląd do niepoznania. A trzeba dodać, że piła dosyć dużo.

Zdziwienie lekarza było nie małe — ale w miarę, jak się to zdarzenie oddalało w czasie, traciło swą jaskrawość i wreszcie zbladło.

W kilka miesięcy potem przyszła doń matka chorej, pytała o jej stan, a gdy lekarz wspomniał, że tenże nie może się poprawić, gdy chora do późna w nocy bawi się, pije alkohol i tańczy, zdziwiła się, pożegnała i poszła, a nazajutrz przyszła z córką, która zaprzeczyła wszystkiemu kategorycznie. Poradził na osobności matce zwrócić uwagę na córkę. Po tygodniu zgłosiła się i podała, co następuje: Córka położyła się spać o $^1/_2$10 wieczór i wkrótce zasnęła. Pokój, w którym śpi, jest oddzielony jednym pokojem od sypialni matki. Ta ostatnia przeniosła się bez łoskotu do tejże ubikacji i nie śpiąc czekała. Około $^1/_2$11 godz. córka wstała, nie świecąc podeszła do szafki z ubraniami i wziąwszy najpiękniejsze ubrała się w nie, zarzuciła płaszczyk na siebie i cicho opuściła mieszkanie. Wróciwszy o 4 rano, schowała, nie świecąc, piękny strój, położyła się do łóżka i spała do rana.[3]) Dzień przeszedł, jak zwykle. Następnej nocy obserwował ją jeden z sąsiadów i to od chwili opuszczenia mieszkania aż do chwili wejścia doń spowrotem.

Sprawozdanie to jest nadzwyczaj ciekawe.

Wyszedłszy z domu szła chora szybko i pewnie. Sczasem chód jej stawał się wolniejszy a wreszcie chwiejny. W całej sylwetce widać było wahania, kędy iść dalej. Niebawem zjawiła się młoda osoba, zbliżała się do chorej i bez powitania prowadziła ją do jakiegoś domu. W jakie $^1/_2$ godziny zajeżdżał wehikuł, siadała doń w milczeniu owa młoda osoba i chora, która była trochę wyszminkowana i upiększona, ale zachowywała się biernie. Na tem urywała się jedna część spostrzeżeń. Gdzie pojechał wehikuł, trudno było dociec, bo wszystko odbywało się w zupełnej ciszości. W jakiś czas zjawiła się chora ze swą towarzyszką, jeszcze z jedną panią, starszym panem i kilku młodymi panami przed poprzednio wspomnianą jadłodajnią. Chora była bardzo podniecona. Z restauracji poszło towarzystwo do mieszkania prywatnego, gdzie tańczono wiele a wreszcie zawożono chorą wraz z towarzyszką do tejże mieszkania. Tu zdaje się obmyto ją ze szminki, wsadzono do wehikułu, który stanął blisko domu. Wędrówka z tego miejsca do domu trwała tak długo, że sąsiad widział wchodzenie jej do bramy.

Wobec tego, że część towarzystwa była sąsiadowi znana — była nadzieja, że wszystko się wyjaśni niebawem. I tak też się stało, choć nie w zupełności.

Wyjaśniło się, że bardzo porządne, oddawna znane mu towarzystwo chętnie widziało młodą, ładną pannę, która przyjeżdżała razem z osobiście im znaną przyjaciółką, że świetnie się bawili tembardziej, że jeden z młodych panów „był po uszy w pannie zakochany" i po wyjaśnieniu sprawy został przyjęty i jest najszczęśliwszym jej mężem — niejasnym jest tylko stan, w którym chora szła w kierunku do przyjaciółki. Wedle opowiadań tej ostatniej było w tem coś pokrewnego ze sennowłóctwem. Oczy miała zamknięte aż do chwili spotkania z całem towarzystwem, w podobny też sen zapadała po pożegnaniu się z niem. U przyjaciółki nie mówiła, dała się upudrować, a za powrotem umyć. Za pierwszym razem, gdy przyszła, spała kilka godzin a potem odeszła śpiąc, drugim razem wykorzystała przyjaciółka ten stan, aby się zabawić i stało to się już regułą. Miało to miejsce zawsze około pełni, 2 dni przed chwilą absolutnej pełni i 2 dni potem. Miało więc pokrewieństwo z lunatyzmem. Po zamążpójściu wszystko znikło bezpowrotnie. „Widzenie senne" chorej stało się faktem, uleczyło chorą z histerji i nadczynności tarczycy.

Tak brzmi ta ciekawa opowieść, ilustrująca interesujący przypadek histerji z hipertyreozą.

Ciekawym jest wywód przypadku. Młoda, pełna temperamentu dziewczyna była wychowywana w surowym rygorze. Nie wolno jej było wyjść samej na ulicę, a gdy spojrzała śmielej na mężczyznę, była złajana i ukarana. Surowa matka przeznaczyła ją do klasztoru. Inaczej chciała natura. Mimo iż nie wolno jej było patrzeć na mężczyzn, patrzyła na nich ukradkiem, ale patrzyła dobrze i nawet był jeden młodzian, którego zobaczyła i pokochała od pierwszego wejrzenia. Myśl jej od tej chwili była przy nim, mimo iż nie miała pojęcia, kto on. Śniła o nim co noc. Była wychowywana „pod kloszem" a stąd zaczęły się objawy histerji, tutaj pod postacią lunatyzmu. Przyjaciółka, której się zwierzyła ze swej miłości i tak dokładnie opisała przedmiot uwielbienia, że ta momentalnie poznała kto to, zainicjowała spotkania włożone w ramy wędrówek lunatycznych. Długi czas uważała chora wszystko za sen. Gwałtowne pożądanie stwarzało objawy nadtarczyczności. Możliwe, że początkowe objawy sennowłóctwa były potem częściowo symulowane.[4]) W rezultacie po wykryciu sprawy i jej szczęśliwem zakończeniu zdrowie naszej hipertyreotycznej lunatyczki wróciło do normy, zwłaszcza, gdy ze swoim ideałem weszła w związek małżeński. Jak wielką rolę grał tu świat czynności podświadomych, widać z opisu. I wpływ tegoż na zdrowie jest tu wyraźnie widoczny.

A teraz odmienny, ale równie ciekawy przypadek. Młody mężczyzna chodził od lekarza do lekarza spowodu nerwowego rozdrażnienia. Powstało ono nagle, było bardzo uporczywe, ale chory w żaden sposób nie mógł powiedzieć, skąd ono się wzięło. Mówiono wkońcu o zaburzeniu wkrewnem. Aż nagle jednego dnia chory obudził się rzeźki i wesoły, jakim był poprzednio. Co było przyczyną stanu nerwowego, zupełnie nie wiedział. Aż dopiero w rok później wszystko się wyjaśniło. Do miasta przyjechał i w niem bawił wtedy kilka miesięcy przyjaciel człowieka, który choremu bardzo dokuczył. Człowiek ten, jak i jego przyjaciel, od lat przenieśli się do innego miasta. Teraz przyjaciel ów, którego chory prawie nie znał, kiedy przebywał kilka miesięcy w tem samem mieście, musiał niewątpliwie kilka razy przejść koło niego, czego ten nawet nie spostrzegł. To zaś rozbudziło w podświadomości burzę, która na powierzchnię wprawdzie nie wypłynęła ale zaburzyła równowagę w systemie nerwowym.

I rzeczywiście ludzie ci ze sobą się spotykali, bo ten drugi go widział. Nie trzeba było zauważenia, wystarczył obraz gdzieś na peryferji pola widzenia, a to już było dostatecznym bodźcem dla podświadomości, w której rozpętał burzę.

Przytoczone spostrzeżenia wykazują dobitnie ważność podświadomości, jako czynnika wywołującego schorzenia, a z drugiej jako czynnika usuwającego w pewnych warunkach stany patologiczne.

Teraz naszkicuję pokrótce stosunek podświadomości do centrów wegetatywnych. Zrazu omówię centra wegetatywne.

II.

Naczelnem centrum wegetatywnem ustroju jest część międzymóżdża.[5]) Właściwe ośrodki wegetatywne leżą w szarej wyściółce komory trzeciej w lejku, guzie popielatym, ciele podwzgórkowem, ciałach sutkowych i kilku szarych jądrach jak *nucleus supraopticus, paraventricularis, paramedianus* oraz kilku innych, jak np. *interfornicatus, reuniens* i *intercalatus*. Komórki wyściółki 3. komory, guza popielatego, wyjąwszy jego jądra, oraz *n. supraopticus, paraventricularis* i *paramedianus* są małe, gruszkowate, kijankowate, świdrowcowate, przecinkowate, wrzecionowate, trójkątne rzadziej inne, mają 1—3 wypustki, komórki w innych okolicach są od nich odmienne, tak bądź co do wielkości jak i kształtu. Wszystko to jest w bliskiem sąsiedztwie wzgórka wzrokowego, będącego składnikiem międzymóżdża oraz należącego już do przodomóżdża ciała prążkowanego. Wzgórek wzrokowy to główna centrala czuciowa, a ciało prążkowane to dawna centrala ruchu. Wszystkie inne ośrodki wegetatywne są z bardzo nielicznemi wyjątkami ośrodkami podwładnemi poprzednim, a także system wkrewny im podlega. Zdrowie człowieka od tych centrów zależy.

---

[3]) Pewne momenty zjawiska nie schodzą się z lunatyzmem. Jest to już obraz mieszany.

[4]) Lunatyzm, inne stany patologiczne i symulacja składały się tu na całość. Poczęści był to dla chorej jedyny sposób wydostania się spod rygoru. Psychologicznie była całość wielce skomplikowaną.

[5]) R. Greving. Zur Anatomie, Physiologie und Pathologie der vegetativen Zentren im Zwischenhirn, Ztschr. f. d. ges. Anatomie Abt. III. Bd. 24.

Przypatrzmy się im bliżej.

Widzimy tu zasadniczo 2 budowle, starą i nowszą. Do najstarszych należy wszystko zbudowane z drobnych wegetatywnych komórek, jak np. guz popielaty, szara wyściółka komory 3. i *nucleus supraopticus, paraventricularis* oraz *paramedianus*. Wszystko złożone z innych elementów jest późniejszym nabytkiem np. *nuclei tuberis cinerei* powstałe dopiero wtedy, gdy zachodziła konieczność nastawiania temperatury ciała na stałą wysokość, jak to bywa u ptaków i ssaków. W budowie międzymóżdża widoczną jest jego historja. Spróbuję pokrótce ją określić.

Po miljardowym okresie żaru i 700 miljonowym gorąca — wykluczającym życie, nastała epoka, która pozostawiła geologiczną formację sylurską. W tej epoce zjawiło się życie. Zrazu jednokomórkowe twory a potem coraz doskonalsze zjawiają się na ziemi. Pierwotniaki, jamochłony, szkarłupnie, mieczaki, robaki, ze stawonogów skorupiaki a z kręgowców ryby są wytworem owej epoki, czyli w niej powstały omal wszystkie główne i zasadnicze typy. Ryby spodouste, jakie w tej epoce spotykamy, są już organizmami bardzo złożonemi. Pytanie co do czasu trwania epoki, potrzebnego do stworzenia tak złożonych istot znajduje dostatecznie uspakajającą odpowiedź. Formacja sylurska potrzebowała dziesiątków miljonów lat, aby się wytworzyć. Po sylurze nastąpił dewon, potem epoka węglowa, w której zjawiły się płazy, a dalej permska ostatnia z paleozoicznego i trias, jako pierwszy z mezozoicznego okresu, nacechowane dalszym postępem, juras w którym są już ryby, płazy, gady, ptaki i ssaki, kredowa formacja, po której wkracza się w okres kenozoiczny, a mianowicie: eocen, neocen a wreszcie ostatnie antropozoiczne formacje: dyluwjum, w którem przy końcu zjawia się człowiek, a wreszcie aluwjum. Cała ta masa epok trwa łącznie 300 miljonów lat, z czego aluwjum trwa bardzo krótko, bo nieco krócej, aniżeli ½ miljona lat. Człowiek ze swą epoką kamienną, epoka bronzu i żelaza — to moment zaledwie, jaki żyje w porównaniu z trwaniem życia na naszej planecie. Zastanawiają się uczeni, czy człowiek jest już szczytem doskonałości, czy z niego nie wytworzy się coś doskonalszego, jakiś twór z mózgiem wiele więcej skomplikowanym, jak dzisiejszy. Sądząc z trwania epok geologicznych, trzeba będzie na to zaczekać przynajmniej miljon lat. A teraz zastanówmy się nad rozwojem międzymóżdża. U spodoustych ryb, które odpowiadają jeszcze formacji sylurskiej, istnieje t. z. *archithalamus*, złożony z szarej wyściółki 3. komory, guza popielatego, ciała sutkowego, ciała podwzgórkowego, jako elementów wegetatywnych i wzgórka wzrokowego jako ośrodka czuciowozmysłowego. *Thalamus opticus* jest stosunkowo uproszczony. Jako „mózg wielki" funkcjonuje przeważnie ciało prążkowane. Reszta przodomóżdża jeszcze nie jest odpowiednio rozwinięta. Sczasem tworzy się *neothalamus*, w którem centra wegetatywne są nieco obfitsze, a bardzo rozszerzony wzgórek wzrokowy łączy ten twór nowego międzymóżdża z nowym mózgiem, wobec którego ciało prążkowane wygląda „jak stare miasto wobec olbrzymich nowoczesnych dzielnic". A staje się przytem coraz bardziej widocznem, że centra wegetatywne zostają opanowane przez mózg wielki. Układ wegetatywny, który miał niegdyś pierwszy głos w ustroju, ustępuje stopniowo coraz bardziej mózgowi wielkiemu. A dzieje się to w sposób wielce cechujący. Izotonja, izojonja i równowaga kwasowo-zasadowa jest precyzyjnie regulowana przez międzymóżdże. Izotermja dość dokładnie, zwłaszcza u człowieka. Izochemja natomiast jest specjalnie u człowieka mocno zależna od kory mózgowej. Odnośnie do cukru mamy już potężną literaturę. Cukier we krwi jest w zasadzie w pewnych granicach, jeżeli badamy go w pewnych określonych warunkach, ale jeżelibyśmy spróbowali robić te badania u ludzi w wirze emocji, zobaczylibyśmy dzikie skoki jego ilości. Od 0.05—0.19% nie jest niczem nadzwyczajnem. A rano, naczczo jest norma. Jeśli człowiek długie lata tak nerwowo żyje, czyż można się dziwić, że np. może dostać cukrzycy. Tak samo ma się rzecz z kwasem moczowym i cholesteryną. A wahania wagi ciała mimo kalorycznie niezmienionej diety. Jak często widzi się duże ich rozmiary zależnie li tylko od stanów psychicznych.[6]) Chemizm nasz w znacznym już stopniu został opanowany przez mózg wielki. Afekty wyczerpują człowieka. Wobec tego, że centra afektorodne znajdują się w międzymóżdżu a mianowicie w *corpus Luysi*,[7]) trzeba sobie zadać pytanie, jaki stosunek zachodzi między afektami ludzkiemi i zwierzęcemi. Jedynym afektem międzymóżdżowym, jakiemu może podpadać ryba, może być lęk. Płazy i gady odczuwają być może i zadowolenie. Ptaki i ssaki czują radość, lęk, smutek a wyżej rozwinięte gniew. Człowiek prócz radości, smutku, gniewu i lęku podpada i innym afektom już typowo ludzkim jak odwaga, zapał, entuzjazm, zachwyt, podziw, zdumienie, rozczarowanie, wstyd, zakłopotanie, zmieszanie się, skrucha, trema i i *Corpus Luysi* może najwyżej częściowo wywołać lęk, przyczyniać się do powstania innych afektów ale z wielu ma tylko luźny związek. Nawet i lęk jest u człowieka zapoczątkowany w korze mózgowej, a co dopiero afekty inne. Kora mózgowa daje u człowieka rozkazy a układ wegetatywny słucha.

T a k t o j u ż c z ę ś c i o w o u j a r z m i o n y s y s t e m w e g e t a t y w n y m o ż e b y ć u w a ż a n y z a w a ż n y p o m o s t p o m i ę d z y f u n k c j a m i s o m a t y c z n e m i i d u c h o w e m i. P o d ś w i a d o m o ś ć, t a n i e z m i e r n i e w a ż n a c z ę ś ć n a s z e j p s y c h e, m o ż e m i e ć t e d y w a ż n y k o n t a k t z c a ł y m p r a w i e u s t r o j e m.

Dok. nast.

---

[6]) Nietylko zależnie od uwodnienia ustroju.

[7]) *Thalamus opticus i corpus stratium* są tu współczynne.

Dr. A. MESTER, Kraków.

Leczenie wyciągami śledzionowemi przewlekłych reumatyzmów stawowych.

Z I. Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. Kraków.
Dyrektor: Prof. Dr. T. T e m p k a.

Podstawy teoretyczne i spostrzeżenia kliniczne, które skłoniły mnie do stosowania wyciągów śledzionowych w pewnych formach przewlekłych reumatyzmów, wraz z wynikami osiągniętemi w 20-tu przypadkach ogłoszone zostały w numerze 21. P. G. L. z roku 1932. Obecna publikacja jest dalszem, a mianowicie drugiem doniesieniem. Łączny materjał, obejmujący 47 przypadków daje możność poznania postępu w leczeniu tychże schorzeń przez stosowanie wyciągów śledzionowych. Wyniki obecnego doniesienia osiągnięto głównie preparatem śledzionowym f-my „Organon". Preparat ten cechuje się doskonałem odbiałczeniem, wysokiem stężeniem (1 cm^3 = 10 g świeżej śledziony, amp. zawiera 2 cm^3 = 20 g świeżego gruczołu) i zupełną niebolesnością. Dzięki tym właściwościom nie spostrzegaliśmy żadnych odczynów ani miejscowych ani ogólnych, byliśmy w możności stosowania dużych dawek. Dawki 10 cm^3 = 100 g świeżej śledziony stosowaliśmy domięśniowo a nawet podskórnie bez żadnych objawów ubocznych. Leczenie wyciągami śledzionowemi przeprowadzaliśmy głównie w przypadkach przewlekłych pierwotnych reumatyzmów stawowych tak z hipereozynofilją początkową jakoteż i bez niej. Obok tego w schorzeniach alergicznych z hipereozynofilją początkową t. j. w dwu przypadkach choroby siennej. — Również 3 przypadki, wymienione w pierwszem doniesieniu były nadal leczone wyciągami śledzionowemi — nawroty te były jednak o słabem nasileniu tak, że już po kilku zastrzykach objawy chorobowe zupełnie ustąpiły, przyczem obraz krwi wracał do normy. Były to: 1 przypadek pierwotnego przewlekłego reumatyzmu stawowego, 1 przypadek omówiony szerzej w I doniesieniu dotyczący pacjentki, która miewała napady pokrzywki z bólami mięśniowo-stawowemi. Tym razem skarżyła się na bóle w kończynach, które były pochodzenia mięśniowego; pokrzywki od czasu pierwszego leczenia wyciągami śledzionowemi (t. j. od ± 2 lat) nie miała. Dane hematologiczne przedstawiały się tu następująco: o B. prawidłowy, il. Hb i ciałek czerwonych prawidłowa, ciałek białych 9.800 w jednym cm^3 (naczczo): Pał. 2.5%, wieloj. 49%, limf. 39%, mon. 2.5%, eoz. 5.5%, baz. 1.5%, a więc limfocytoza z hipereozynofilją i zaznaczoną bazofilją, leuko- i monopenja. Po 8 zastrzykach wyciągów śledzionowych po 2 cm^3, bóle te zupełnie ustąpiły — obraz krwi wykazywał tylko limfocytozę na korzyść leukocytów, pozatem stosunki prawidłowe. Również 3. przypadek pierw. post. reumatyzmu stawowego wykazał po leczeniu wyciągami śledzionowemi rychłą poprawę wraz z powrotem do prawidłowego obrazu krwi. —

U 25 pacjentów klinicznych chorych na przewlekły pierwotny postępujący reumatyzm stawowy przeprowadziliśmy leczenie wyciągami śledzionowemi — w tem u 21 kobiet i 4 mężczyzn. Ambulatoryjnie leczono 2 mężczyzn chorych na chorobę sienną. Z 25 pacjentów z przew. pierw. post. reumatyzmem stawowym — 18 wykazało początkową hipereozynofilję (jedna z tych odpada, gdyż wykazano obecność tasiemca), zaś 7 bez początkowej hipereozynofilji. Lecz z tych, w trzech przypadkach znajdowano później przejściowo hipereozynofilję, jednak tu mogło już wchodzić w rachubę działanie leków. Przypadki przewlekłych pierw. post. reumatyzmów stawowych należały przeważnie do bardzo ciężkich, były to bądźto pierwsze, bądźto następne ostre napady w przebiegu pierw. post. przewlekłych reumatyzmów stawowych. Chorzy niektórzy nie byli zdolni chodzić, ani zejść, ani też usiąść w łóżku. Również ruchomość w stawach kończyn górnych była prawie zupełnie zniesiona. Jeśli uwzględnimy, że pewna ilość chorych miała też zajęte stawy żuchwowe, będziemy mieli pełny obraz kliniczny chorych unieruchomionych zupełnie — leżących z obrzękłemi, niesłychanie bolesnemi stawami, niezezwalającemi

na najmniejszy ruch. Dane przedmiotowe hematologiczne odpowiadały dużemi zmianami ciężkości sprawy chorobowej. Najbardziej charakterystyczne pozwolę sobie przytoczyć: Chora S. lat 32: o B. 115—127. Ilość Hb. 70%. C. czerw. 3.320.000, I—1, C. b. 12.000 w tem: Pał. 17%, wieloj. 52%, limf. 16%, mon. 8%, eoz. 5%, baz. 2%.

Chora B. — o B. 80—112, Hb, 80%, c. czerw. 5.040.000. I — 0.8, C. b. 5.000, w tem młod. 1.5% pał. 20%, limf. 24%, mon. 2%, eoz. 2.5%.

Chora T. lat 24 : o B. 122—130, Hb. 70%, c. czerw. 3.640.000, I — 1, C. b. 9.100 w tem pał. 1.5%, wieloj. 53%, limf. 35%, mon. 3.5%, eoz. 6% i baz. 1%.

Chory B. lat 38 : o B. 106—128, Hb 95%, c. czerw. 4.480.000 I — 1, O. b. 16.000, w tem pał. 8%, wieloj. 61%, limf. 20%, mon. 2%, eoz. 9%.

Przebieg leczenia był następujący: Leczenie wyciągami śledzionowemi przeprowadzaliśmy w większości wypadków bez pomocy innych leków, jakoteż bez pomocy zabiegów fizykalnych. W 9 przypadkach kombinowaliśmy leczenie wyciągami śledzionowemi z podawaniem amidopiryny *per os* w ilości 2 do 3 g dziennie. Jednak leczenie samemi wyciągami śledzionowemi dawało bardzo znaczną poprawę, np. w przypadku I: o B. ze 115—127 po 30 zastrzykach à 4—6 cm³ dziennie spadł do 56—78, ilość c. b. z 12.000 spadła do 6.200, ilość pał. z 17% spadła do 4%, ilość limf. podniosła się, ilość eoz. wróciła do normy 4%. Dalszem leczeniem wyciągami śledzionowemi doprowadziliśmy do wyleczenia podmiotowego i przedmiotowego. Podmiotowo: bóle ustąpiły, ruchomość w stawach całkowita z wyjątkiem lekkiego przykurczenia w lewym stawie kolanowym. Przedmiotowo: o B. 5—15, c. czerw. 5.260.000, Hb. 100%, c. b. 7300, obraz krwi prawidłowy ze zaznaczoną hipereozynofilją 4.5%. Jednakowoż w przypadkach, gdzie składowa zakaźna była silnie zaznaczona w postaci znaczniejszych wzniesień ciepłoty, jak również i dla uśmierzenia bólów podawaliśmy przejściowo amidopirynę. Również w przypadkach pierw. post. przewlekłych reumatyzmów stawowych bez początkowej hipereozynofilji uzyskaliśmy wstrzykiwaniami wyciągów śledzionowych znaczną poprawę. Na 25 przypadków pierw. post. przewlekłych reumatyzmów stawowych zanotowaliśmy: 7 prawie zupełnie wyleczonych, 5 wykazywało dużą poprawę podmiotową w postaci zmniejszenia bólów, jednakowoż bez poprawy przedmiotowej. Np.: w przypadku *spondylarthritis ankylopoëtica* dotyczącej 30-letniej kobiety z typowemi zmianami rentgenicznemi, 20 zastrzyków śledzionowych sprowadziło znaczną poprawę, podczas gdy wszelkie inne leczenie (złoto, jod, duże dawki salicylanów, pyramidonu i t. d.), zawiodło. Znaczną poprawę podmiotową i przedmiotową uzyskaliśmy w 12 przypadkach — w postaci zmniejszenia bólów, lepszej ruchomości stawów, ustąpienia stanów podgorączkowych, zwolnienia o. B. i nawrotu obrazu krwi do normy. W 1 przypadku po początkowej przejściowej poprawie, sprawa chorobowa toczyła się dalej. Był to przypadek bardzo oporny na leczenie, — wycięcie migdałków, stosowanie złota, jodu, ***yatren-casein'y***, naświetlania promieniami Roentgena, wszystkie te zabiegi nie dały poprawy. W przypadku tym dotyczącym 38-letniego mężczyzny można było spostrzegać typowe równoległe zachowanie się danych hematologicznych ze stanem klinicznym. Z pogorszeniem podmiotowem, występowało pogorszenie przedmiotowe również w zakresie danych hematologicznych: O. B. wzrósł z 86—114 na 107—120. Ilość leukocytów pałeczkowych wzrosła z 11 na 20%, a eozynochłonnych z 9 na 14%, (przy wahaniach ogólnej ilości c. b. 14.000 do 16.000). Poza przypadkami reumatyzmów stawowych, leczyliśmy 2 przypadki choroby siennej wstrzykiwaniami wyciągów śledzionowych. W jednym z tych przypadków dotychczasowe leczenie wstrzykiwaniami wapnia dożylnie, efetoniną i t. d. było bezskuteczne. Po czterotygodniowem leczeniu wyciągami śledzionowemi osiągnięto taką poprawę, że chory, który uprzednio już w miesiącu maju był prawie niezdolny do pracy nawet w mieście — mógł w upalny dzień udawać się na przechadzkę w pole, nawet w okresie żniw; u chorego tego ilość komórek kwasochłonnych spadła z 12.5%—3% (ilość c. b. wahała się między 5.000—6.400 w mm³.).

Na podstawie licznych badań, których szczegółów tutaj nie przytaczam, stwierdzam: że ilość ciałek białych, ciałek czerwonych i płytek zachowuje się pod wpływem wyciągów śledzionowych niejednolicie, jedynie stale stwierdzić się daje zmniejszenie ilości komórek kwasochłonnych. Natomiast z danych hematologicznych nad wpływem wstrzykiwanych wyciągów śledzionowych, badanych co 24 godzin (w tych samych warunkach, na czczo) da się stwierdzić zmniejszenie się ogólnej ilości ciałek białych, zmniejszanie przesunięcia na lewo, wzrost limfocytów i zmniejszanie się ilości komórek kwasochłonnych w przypadkach, gdzie uprzednio była ich nadmierna ilość. — Znaczenie i wpływ śledziony w ustroju były przedmiotem wielu badań. Wspomnę tu tylko ostatnie i najważniejsze prace. L a u d a w doświadczeniach parabiotycznych stwierdził ochronne działanie śledziony u szczurów przeciw niedokrwistości, wywołanej przez *Bartonella muris et ratti* — ochrona ma podłoże humoralne dzięki czynności wewnątrzwydzielniczej śledziony. Również u człowieka przyjmuje L a u d a istnienie hormonu śledzionowego, mającego ochronne działanie przed zakażeniem. S c h i l l i n g i S e y d e r h e l m przyjmują istnienie hormonu śledzionowego. Według S c h i l l i n g a przerost śledziony zwalnia wytwarzanie ciałek białych, dlatego po usunięciu śledziony występuje leukocytoza jako wyraz reakcji szpiku, uwolnionego od tłumiącego działania hormonu śledzionowego. Wpływ śledziony na skład krwi nie jest jeszcze ustalony, dane z piśmiennictwa są sprzeczne, opierają się głównie na danych hematologicznych występujących po wycięciu śledziony. Większość podaje jako następstwo usunięcia śledziony występowanie długotrwałej hipereozynofilji we krwi obwodowej. Usunięcie śledziony powoduje zwiększone wydalanie żelaza ze stolcem, niezależnie od odżywiania. Po usunięciu śledziony występuje stale zwiększenie leukocytozy, zwiększenie wrażliwości na brak tlenu, na zatrucia i na choroby zakaźne — wybitne zmniejszenie odporności, gdyż śledziona jest miejscem powstawania wielu przeciwciał. Również zwierzęta są po wycięciu wrażliwe na głód, niedożywienie i brak witamin. Po usunięciu śledziony występuje też zwiększenie cholesteryny we krwi (L a u d a), F. D e u t s c h stwierdził u sportowców którzy utracili śledzionę znaczne zmniejszenie wytrzymałości, tudzież niezdolność ich do dłuższych wysiłków. B r e m e r stwierdził w 11 przypadkach po wycięciu śledziony dokonanej spowodu urazowych pęknięć — leukocytozę obojętnochłonną, monocytozę i hipereozynofilję. W 1 przypadku wystąpiła w miesiąc później gruźlica prosówkowa, którą autor odnosi do obniżenia odporności spowodu utraty śledziony. K u r u, M a s a r u spostrzegali w 19 przypadkach usunięcia śledziony i w 1 przypadku podwiązania tętnicy śledzionowej następujące objawy: limfocytozę, hipereozynofilję, monocytozę, zwiększenie ilości płytek i erytrocytów tudzież zwiększenie cholesteryny w osoczu krwi. Z zakresu badań nad wpływem śledziony na ustrój wymienić należy: wpływ regulujący równowagę aminokwasów we krwi (F u t k i e w i c z), zatrzymywanie chloru w ustroju (S c h l i e p h a k e), zwiększenie tolerancji na cukier (L a u d a), antagonistyczne działanie śledziony do tarczycy (A s h e r), A. P e l u s o stwierdził, że króliki wcześnie pozbawione śledziony drogą operacyjną gorzej rosną w stosunku do kontrolnych laparotomizowanych. Również wykazywały one zwiększoną odporność na czynniki zewnętrzne. L e j t e s, K o z ł o w a i J u s i o n zauważyli po usunięciu śledziony zaburzenie procesów hydrogenizacji i utlenienia nienasyconych kwasów tłuszczowych.

Działanie wyciągów śledzionowych badali: F. A m a t e a, który wykazał, że wyciągi wodne śledziony nie działają hemolizująco, tylko alkoholowe i inne. O d a, K e i s i n stwierdzili u królików zmniejszenie hipercholesterynemji pod wpływem wyciągów śledzionowych. Według autorów ma tu działać hormon śledzionowy. P a s c h k i s podał, że usuwał hipereozynofilję powstałą po usunięciu śledziony zapomocą zastrzyków wyciągów śledzionowych. Przyjmuje też działanie hormonalne tych wyciągów, gdyż są one wolne od białka. B e r e t t i stosując wyciągi wodne śledzionowe w gruźlicy zanotował dobre wyniki, a P e n d e i B u f a n o zwiększenie odporności osmotycznej krwinek czerwonych. M a r k podawał śledzionę zwierzętom *per os* — poczem stwierdził obniżenie przemiany podstawowej. Usunięcie śledziony wzmagało przemianę gazową. F e l i x w doświadczeniach swych na zwierzętach stwierdził, że wyciągi śledzionowe wybitnie rozszerzają naczynia skórno-mięśniowe, jakoteż i naczynia wieńcowe serca.

Niezależnie od faktu, że czynność fizjologiczna śledziony nie jest jeszcze dokładnie znana — lecznicze działanie wyciągów śledzionowych jest szeroko zużytkowywane. W przypadkach naszych obok poprawy danych hematologicznych poprawa sprawy chorobowej wywołana być może 1. wzmożeniem odporności ustroju na zakażenie, przez podrażnienie systemu siateczkowo-śródbłonkowego, 2. przez odczulenie ustroju, 3. przez rozszerzenie naczyń skórno-mięśniowych, 4. przez uregulowanie chemizmu krwi: (cukier, tłuszcze, chlor, aminokwasy).

Piśmiennictwo:

B r e m e r: D. Z. f. Chir. 239, Bd. 7. 8. — B e r r e t t a: Rif. Medica Nr. 38 — 1932. — J. F e l i x: Badania, które mają być ogłoszone. — F u t k i e w i c z: Le sang Nr. 4 1930. K e r t i: W. Kl. W. Nr. 18 1933. K u r u, M a s a r u. Kongresszentralbl. B. 70. H. 10. E. L a u d a: Med. Kl. Nr. 7. 1933 i W. Kl. W. Nr. 16. 1933.

Leites, Kozlowa i Jussion: D. m. W. Nr. 6. 1933. Mark: Erg. inn. Med. Nr. 43. 1932. Mester: P. G. L. Nr. 21. 1932 i Revue de Méd. Mai 1933 refer. F. Françon. Oda, Keisin: Kongresszentralbl. B. 68. — Paschkis: Med. Kl. Nr. 26. 1933. — Pende i Bufano: Haemat. i Arch. Vol. XII. 1931. Fasc. I. — Seyderhelm: Kongres intern. w Wiedesbadenie 1933. — Schilling: Z. f. ärztl. Fortb. Nr. 23. 1932. — Schliephake: Kl. W. Nr. 45. 1932.

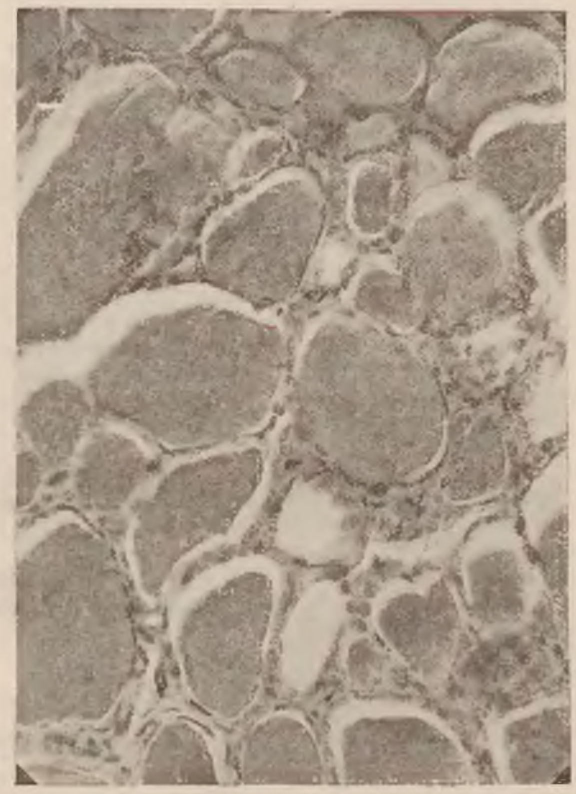
DONIESIENIE TYMCZASOWE

L. KARP i B. KOSTKIEWICZ. Lwów.

Doświadczalny wól koloidowy po wstrzykiwaniu folikuliny.

Z Zakładu Patologji Ogólnej i Doświadczalnej Uniwersytetu J. K. we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. M. Franke.

Doświadczenia przeprowadziliśmy na królicach o wadze 2—2,5 kg. Jako preparatów folikulinowych użyliśmy owarjohormonu i f-my Spiess (Polska) i menformonu f-my Organon (Holandja).



Obraz histologiczny tarczycy królicy nastrzykiwanej menformonem przez okres 53 dni. Mikrofot. Okul. Zeiss kompens. IV. objekt. Zeiss apochrom. 8 m/m.

W I. grupie doświadczeń wstrzykiwaliśmy królicom jeden z powyższych preparatów wśródżylnie przez 5 dni i to w dawkach po 50 lub 100 j. szcz. codziennie. Zwierzęta zabijaliśmy w 24 godz. po ostatnim zastrzyku. U tych królic badanie histologiczne tarczycy wykazuje lekkie przekrwienie ogólne; pęcherzyki gruczołowe w części utrzymane w stanie prawidłowym, a wśród nich liczne pęcherzyki gruczołowe o wyglądzie patologicznym. Pęcherzyki te były wyraźnie powiększone, światło ich rozszerzone i wypełnione obficie koloidem, barwiącym się w całej masie różowo; komórki gruczołowe były przytem znacznie niższe, niż prawidłowo, a jądro ich słabiej zabarwione, niż w normie.

U jednej tylko królicy nastrzykiwanej menformonem poza silnem przekrwieniem i nieznacznem zwiększeniem koloidu, obraz mikroskopowy tarczycy zbliżony był do normy.

W drugiej grupie doświadczeń stosowaliśmy owarjohormon lub menformon podskórnie codziennie przez dłuższy czas t. j. przez 53, 32, 16 dni. Pierwsza serja zwierząt otrzymywała po 50 jedn. szcz. dziennie. W obrazie mikroskopowym tarczyc królic tej serji stwierdziliśmy rozlane zmiany nieprawidłowe, zmieniające w zupełności obraz normalny tarczycy, przy zupełnym braku pęcherzyków o budowie prawidłowej. Zmiany te charakteryzowały się bardzo znacznem powiększeniem wszystkich pęcherzyków gruczołowych, przy silnem rozdęciu ich światła i obfitem wypełnieniu w całości koloidem jednostajnie różowo się barwiącym. Komórki gruczołowe pęcherzyków silnie spłaszczone, podobnie jak i ich jądra.

W drugiej serji doświadczeń zwierzęta otrzymywały po 100 jedn. szcz. dziennie. We wszystkich skrawkach tarczycy tych zwierząt wykazaliśmy podobnie, jak u poprzednich rozlane, znaczne powiększenie pęcherzyków gruczołowych z silnem rozdęciem ich światła, które wypełnione było w całości koloidem, różowo się barwiącym; komórki gruczołowe bardzo silnie spłaszczone niemal do wysokości ich jądra, które również uległo silnemu spłaszczeniu. Pęcherzyków o wyglądzie prawidłowym nie dało się stwierdzić. Spostrzeżone zmiany dadzą się krótko scharakteryzować jako obraz rozwijającego się lub rozwiniętego zwyrodnienia koloidowego tarczycy i to: w postaci początkowej w doświadczeniach krótkotrwałych, a typowo rozwiniętej w doświadczeniach przewlekłych. Stan ten nieprawidłowy stwierdziliśmy tak po owarjohormonie, jak i po menformonie, i tak po dawkach po 50, jak i po 100 jedn. szcz.

Działanie folikuliny na tarczycę scharakteryzować możemy jako działanie zwyradniające z typem zwyrodnienia koloidowego. Mikroskopowo tarczyca przedstawia obraz *struma colloides*. Folikulina wywiera tu działanie „zaporowe" w stosunku do wydzieliny pęcherzyków gruczołowych tarczycy.

Badania nasze, odosobnione w literaturze, dowodzą, że folikulina może mieć duże znaczenie pod względem etjologicznym przy powstawaniu samoistnego zwyrodnienia koloidowego tarczycy, spostrzeganego tak często u ludzi.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Prym. Dr. A. MUSIAŁ. Lwów.

Ziarnica złośliwa fałdów półksiężycowych gałki ocznej.

Z oddziału Ocznego Państwowego Szpitala we Lwowie
Prymarjusz Dr. Albin Musiał.

Nadzwyczaj rzadkiem powikłaniem stwierdzanem w ziarnicy złośliwej są zmiany na spojówkach gałkowych. Przeglądając dostępne piśmiennictwo od roku 1914 nie znalazłem ani jednego tego rodzaju przypadku. Opisanego bowiem przypadku przez Reinsberga i R. Redlicky'ego *Lymphogranulomatis cutis et conjunctivae bulbi* („Ceska Dermatologie" Bd. 4 N. 6/7 str. 460 1923), nie można tutaj zaliczyć, gdyż przypadek ten, jak to wynika z całego opisu, jest pochodzenia gruźliczego, co zresztą potwierdza obraz badania drobnowidowego, gdzie stwierdzono istnienie komórek spotykanych zwykle przy gruźlicy, a wreszcie wybitny odczyn tuberkulinowy.

Przypadek nasz dotyczy chorego B. Isr. lat 48.

Wywiady: od lat dziecięcych nigdy nie chorował i nie leczył się, tak samo rodzeństwo zdrowe. Od 24 lat żonaty, ma 7 zdrowych dzieci.

Sprawa chorobowa rozpoczęła się przed 4 laty obrzękiem gruczołów podszczękowych po stronie prawej. Zasięgał wprawdzie porady lekarskiej, do której się jednak nie zastosował, gdyż czuł się zupełnie dobrze, zamiast więc zaleconych naświetlań promieniami Roentgena, zastosował sobie gorące okłady. Po 2-miesięcznem stosowaniu gorących okładów, sprawa samoistnie miała się cofnąć. Po ustąpieniu jednak obrzęku gruczołów podszczękowych, wystąpiło powiększenie gruczołów podpachowych i pachwinowych, dochodzących wielkości jaja kurzego. Chory jednak się dalej nie leczył, gdyż czuł się zupełnie dobrze. Przed 7 miesiącami wystąpiły jednak bóle brzucha, którym towarzyszyła silna biegunka, trwająca prawie 2 miesiące, poczem zatwardzenie, utrzymujące się do chwili obecnej t. j. chwili przyjęcia na oddział wewnętrzny. Chory obecnie czuje się osłabiony, zupełnie wyczerpany. Przed przyjęciem do szpitala chory wziął 4 naświetlania Roentgenem, po których nastąpiło zmniejszenie gruczołów podpachowych i pachwinowych, wzmogły się natomiast bóle w brzuchu i okolicy lędźwiowej, zwłaszcza lewej. Wystąpiły nadto objawy bardzo silnego świądu skóry, brak apetytu i znaczne zeszczuplenie.

Stan obecny: chory wzrostu średniego, odżywienia miernego, gruczoły podszczękowe powiększone, zwłaszcza po stronie lewej, gruczoły szyjne dobrze macalne, również powiększone gruczoły pachowe i pachwinowe. Płuca bez zmian. Serce w granicach prawidłowych. Nad tętnicami tony dość głuche, śledziony spowodu bolesności w podbrzuszu lewem wymacać nie można. Bolesność również w okolicy lędźwiowo-krzyżowej zwłaszcza lewej. Kończyny bez zmian.

Badanie krwi: ciałek białych 10.000. Kwasochłon. 4%, Pał. 2%, Segm. 63%, Limf. 19%, Mon. 12%.

Badanie Roentg.: Szczyt prawy gorzej powietrzny, przepona nisko ustawiona, cienie wnękowe znacznie powiększone, tak samo powiększone gruczoły śródpiersia. Wassermann we krwi ujemny. Kontrolne badanie krwi 17, I, r. 30. Ciałek białych 6.400, czerw. 2.410.000, Eozyn. 4%, Segm. 64%, Limf. 27. Mon. 5%.

Dnia 22. V. 1930 r. opuścił szpital, czując się zupełnie dobrze. Po niejakim jednak czasie zauważył powiększenie się gruczołu po stronie skroniowej, prawej, w okolicy oka prawego. Nadto wystąpiły objawy ze strony gardła, objawy duszenia, które jednak po dwukrotnem naświetlaniu ustąpiły. Wystąpiły natomiast bardzo silne objawy z przewodu pokarmowego, w następstwie zajęcia gruczołów otrzewnowych i pozaotrzewnowych. Nadto guz



wielkości palca w kiszce odchodowej powodujący krwawienie. Nadto wystąpił guzek w kąciku wewnętrznym oka prawego, a później taki sam po stronie lewej tylko nieco mniejszy (patrz fotograf.). Pozatem prawie wszystkie gruczoły powiększone. Wątroba 2 palce poniżej łuku żebrowego. W lewem podżebrzu wyczuwalny opór od powiększonej śledziony.

Stan oczu: Oko PR. szpara powiekowa nieco szersza, w szparze powiekowej, po stronie nosowej, guz wielkości fasoli, żywo czerwony, na szerokiej szypule fałdu półksiężycowego przechodzi w kształcie trójkąta na gałkę oczną, ku rogówce. Guzek ten spoczywa wolno na gałce ocznej, na której z łatwością daje się przesuwać i unieść ku górze. Powierzchnia guza zupełnie gładka. Pozatem spojówka gałkowa jak i załamków bez zmian. Taki sam guzek po stronie lewej, tylko nieco mniejszy.

Ostrość wzroku jak i dno oczu bez zmian.

W znieczuleniu miejscowem usunięto guz po stronie prawej dla zbadania drobnowidowego. Badanie drobnowidowe nie wykazało jednak zmian, na podstawie których z całą pewnością możnaby powiedzieć, że w danym przypadku rzeczywiście mamy do czynienia z ziarnicą złośliwą, bo takie same zmiany możemy spotkać w białaczce i białaczce rzekomej.

Zupełnie zrozumiałem jest, jak to zresztą słusznie zauważa patolog, że mamy tutaj do czynienia ze sprawą zbyt świeżą, ażeby można było stwierdzić owe charakterystyczne utkanie ziarnicy złośliwej. Jednak cały obraz kliniczny, jak i kilkakrotne badania krwi przemawiają za ziarnicą złośliwą.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Międzynarodowy Zjazd Przeciwrakowy w Madrycie.

Od 25—30 października ub. r. odbywał się w Madrycie parokrotnie już odkładany wielki międzynarodowy zjazd, poświęcony walce naukowej i społecznej z rakiem. Chociaż Hiszpanie nazywali zjazd ten „pierwszym", to jednak w istocie już przed wojną odbyły się trzy t. zw. międzynarodowe „konferencje", poświęcone temu samemu zagadnieniu, zorganizowane na znacznie, naturalnie, mniejszą skalę, niż obecny zjazd; w 1928 r. odbyła się konferencja w Londynie o jeszcze mniejszym zakresie, która jednak utworzyła stałą komisję zjazdów międzynarodowych — w istocie więc ostatni zjazd w Madrycie był pierwszym zjazdem o bardzo szerokim zasięgu. Wystarczy zaznaczyć, że w kongresie tym brali udział przedstawiciele 42 krajów, przyczem z każdego kraju przybywali nie pojedyńczy uczeni, ale całe delegacje, złożone z wielu członków, jak np. delegacja niemiecka w składzie blisko 40 osób, francuska — około 50 osób, włoska — około 20 i t. d. Delegacja polska nie była na ostatniem miejscu — 9 osób reprezentowało: Ministerstwo Opieki Społ. Departament Sł. Zdrowia (Doc. Sterling-Okuniewski i Dr. Wejnert), Minist. Wyzn. Rel. i Oświec. Publ. (Prof. Pelczar i Doc. Sterling-Okuniewski), Wydziały Lekarskie Uniwersytetów: Jagiellońskiego (Doc. Oszacki), Poznańskiego (Prof. Mayer). Warszawskiego (Doc. Sterling-Okuniewski) i Wileńskiego (Prof. Pelczar), towarzystw społecznych: Polskiego Komitetu do zw. raka (Doc. Sterling-Okuniewski i Dr. Weinert), Łódzkiego Tow. walki z rakiem (Dr. Seidel), Wileńskiego Komitetu do zw. raka (Prof. Pelczar i Dr. Karnicki) i Polskiego Tow. Gastrologicznego (Dr. Wejnert); delegatem rządowym był radca poselstwa w Madrycie, Dr. Nieduszyński.

Tak wielki zespół międzynarodowy wymagał wielkiego pomieszczenia, bowiem postanowiono nie dzielić zjazdu na sekcie, lecz prowadzić posiedzenia ogólne (plenarne), aby wszyscy członkowie mogli brać w nich udział bez szkody dla siebie. Bardzo ten słuszny i korzystny indywidualnie postulat miał jednak również nader ujemną stronę, mianowicie: nie dopuszczono do wygłoszenia zgórą 200 referatów, nadesłanych z całego świata w związku z tematami programowemi, przyczem odpadły też i liczne komunikaty, nadesłane z Polski. Pozostały więc do wygłoszenia tylko referaty programowe, zgóry przygotowane przez szereg badaczów z kilku krajów i uprzednio wydrukowane w językach wygłoszenia. Druki te zostały wręczone uczestnikom zjazdu przed jego początkiem. Niestety ta właśnie wielojęzyczność, jak również zupełny brak czasu podczas zjazdu nie pozwalał na dokładne odczytanie referatu oryginalnego, co odbijało się, naturalnie, na dyskusji. Pozwolono bowiem jedynie zabierać głos w dyskusji w ciągu 5 minut, a kończyło się przeważnie na tem, że każdy, kto ten głos zabierał, odczytywał w skrócie nadesłany przez siebie, a niedopuszczony oficjalnie do odczytania komunikat.

Po uroczystem otwarciu zjazdu przez prezydenta Rzeczypospolitej hiszpańskiej, który wygłosił przytem dłuższe przemówienie, przystąpiono do obrad.

Pierwszym tematem programowym była *„biologja komórki rakowej"*, niestety, jednak z 4 referentów przeznaczonych, trzech nie przybyło (Gurwitsch, A. Fischer i Murray), obecny zaś Lasnitzki z Berlina omówił metabolizm komórki nowotworowej, podkreślając znaczenie katjonów (wapnia, potasu) dla rozwoju nowotworów. W dyskusji Maisin z Leodjum podkreślał wielkie znaczenie magnezu i przytaczał ciekawe tablice wpływu tego czynnika na zahamowanie wzrostu nowotworów, zwłaszcza w skojarzeniu z pewnemi czynnikami odżywczemi (karmienie wątrobą, mózgiem i t. p.). W dyskusji zabierał głos Pelczar (Wilno).

W drugim temacie programowym o *„wczesnem rozpoznaniu raka"* uwypukliła się nietylko w referacie S. Covisy z Madrytu, ale i w rozprawach niezwykle ważna rola, jaką obecnie uczeni przypisują podłożu. Stany przedrakowe i teren, na którym się rak rozwija, stanowią obecnie zagadnienie pierwszorzędnej wagi, którego rozwiązanie może posiadać wielkie znaczenie dla wczesnego rozpoznania. Co do samego rozpoznania, to Roussy (z Paryża) nie przybył, odpadł więc referat o „testach histologicznych dla rozpoznania i rokowania w raku." Roffo z Buenos Aires w „rozpoznaniu biologicznem" poza zestawieniem i oceną dotychczasowych badań w tym kierunku nie wniósł nic nowego. Natomiast Guedes z Lizbony wskazał na szereg danych rentgenologicznych, ułatwiających rozpoznanie, zwłaszcza układu kostnego i narządów w obrębie klatki piersiowej. W dyskusji uzupełnił zestawienie Guedes'a Gilbert z Genewy, przytaczając szereg zestawień, dotyczących nowotworów jamy brzusznej zwłaszcza przewodu pokarmowego. W sprawach serologicznych tego tematu również zabierał głos Pelczar (Wilno).

Trzecim tematem programowym było *„leczenie raka"*. Fichera z Medjolanu, który od 20 lat przeszło pracuje nad tem zagadnieniem, nazwanem przez niego *„chemoterapia istogena"*, zdawał sprawę z wyników leczenia u 286 chorych z różnemi typami nowotworów złośliwych różnemi wyciągami tkankowemi (z narządów zdrowych i zarodkowych wzgl. płodowych), pozatem zastanawiał się nad wpływem leczniczym metali (złota, ołowiu), różnych preparatów selenowych, tellurowych i t. p. Z doświadczenia wiemy, że wyniki tych wszystkich środków posiadają raczej działanie po-

mocnicze, lecz nie leczące *per se*. W dyskusji zarówno Marinucci, z Neapolu, jak również W. Karnicki, z Wilna, popierają pogląd Fichery co do dodatnich wyników leczenia opoterapją swoistą nowotworów narządu rodnego kobiecego.

W drugiej części tego tematu programowego, poświęconej leczeniu energją promienną, głosy zarówno referentów urzędowych, jak i zabierających głosy w dyskusji wypowiadały się za bardzo korzystnem działaniem energji świetlnej w niektórych postaciach raka. Co do rentgenoterapji wywiązała się dłuższa dyskusja nad rozpowszechnionemi obecnie dwiema metodami: stosowania dużych dawek przez krótszy okres czasu lub mniejszych przez dłuższy, oraz powtarzaniem tych małych dawek; każdy z referentów bronił swej metody (referenci Wintz z Würzburga i Schintz z Zurychu). W rozprawie zabierał głos Mayer, z Poznania, demonstrując swego pomysłu model łóżka do naświetlań.

Dalszym tematem był *„rak zawodowy"* — po zestawieniu wszelkich czynników rakotwórczych, których dziś znamy już dziesiątki, Maisin, z Leodjum, poruszył przepisy prawodawcze różnych krajów, jak dotychczas, zupełnie niewystarczające; niewątpliwie jest to sprawa z punktu widzenia życiowego niesłychanie ważna. Ewing z New Yorku poruszał też kwestję ubezpieczeń i ochrony przeciwko rakowi. W dyskusji zabierał głos Sterling-Okuniewski (z Warszawy).

Oddzielne zagadnienie stanowił *rak wśród różnych ras* — Pittard z Genewy dał ogólne tło co do pojęcia rasy, wskazywał na badania w tym kierunku co do raka na terenie półwyspu skandynawskiego, w Italji i t. p., poczem kilku prelegentów zabierało głos, przytaczając przyczynki do badań porównawczych nad szerzeniem się raka u różnych ras; w Polsce prowadzono od paru lat przez Lwowski Inst. Przeciwrakowy badania nad różnicą zjawiania się poszczególnych typów raka u chrześcijan i żydów, o czem wspomniał Wejnert, z Warszawy, streszczając organizację walki z rakiem na terenie naszej Rzeczypospolitej podczas dyskusji nad następnym tematem — „organizacją walki z rakiem". W krótkich sprawozdaniach liczni mówcy podawali, co uczyniono w różnych krajach; referenci programowi poruszali doniosłe sprawy: Luisi z Montevideo mówiła o środkach przeciwrakowych, Pittaluga z Madrytu mówił o stałem międzynarodowem biurze do walki z rakiem przy Lidze Narodów, Gallenga z Rzymu — o praktycznem szkoleniu lekarzy, a Prochazka z Pragi — o uświadamianiu publiczności.

Ostatniego dnia, przed zamknięciem Zjazdu i posiedzeniem plenarnem, odbyły się wykłady P. Rio del Hortega, z Madrytu, o anatomji patologicznej nowotworów układu nerwowego ośrodkowego i obwodowego, oraz Granta, o chirurgji guzów wewnątrzczaszkowych. W tym samym właśnie czasie odbywało się posiedzenie delegatów rządowych, na którem zapadła uchwała o przyjęcie dwóch wniosków polskiej delegacji (o wprowadzeniu na następnym zjeździe jednego z języków słowiańskich, jako urzędowego, oraz co do przyjęcia jako emblematu instytucyj walczących z rakiem — zielonego krzyża, którym posługuje się Polski Komitet do zw. raka) i przesłaniu dwóch następnych wniosków o tworzeniu eugeniczno-onkologicznych przychodni, oraz co do tematów na następny zjazd) do projektowanej stałej Komisji Zjazdowej w Paryżu.

Zjazd zamknął minister spraw wewn. — dowodzi to jaką rolę przypisywał rząd hiszpański sprawie zwalczania raka, podobnie zresztą i inne rządy — musiały się one, widać, liczyć z tem ważnem zagadnieniem medycyny społecznej, przysyłając delegacje rządowe. Zwłaszcza duży udział delegacji niemieckiej i jej żywa działalność, jak również widoczny wpływ w sekretarjacie zjazdowym ducha germańskiego wskazywał na ścisłe współdziałanie nauki hiszpańskiej i niemieckiej; natomiast zadziwiający był prawie zupełny brak wybitniejszych znawców raka francuskich oraz angielskich.

Sterling-Okuniewski (Warszawa).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Kosmos. Serja. A. Nr. 1—4. 1932. Rosiński: Czaszki Telei z Bougainville. — T. Sulma: Materjały do flory porostów Czarnohory. — J. Szulczewski: Spis wyrośli (zoocecidia) pogranicza wołyńsko-poleskiego. — D. Szymkiewicz: Badania ekologiczne. — J. Włodek: Uwagi i obserwacje nad wpływem niektórych roślin wyższych na wietrzenie granitu w Tatrach. — K. Demel: Z pomiarów termicznych Bałtyku Cz. III. — M. Puchalik: Własności polarne naftalenu i jego pochodnych. — K. Demel: Kilka uwag o wpływie Wisły na stosunki w zatoce Gdańskiej. — Demel: Z pomiarów termicznych Bałtyku Cz. IV. — B. Fuliński E. Szynal: O faunie wirków Ziemi Grzymałowskiej na Podolu. — B. Fuliński: Rozmieszczenie geograficzne wypławków krynicznych w paśmie czarnohorskiem na obszarze źródlisk Czeremoszu Czarnego. — A. Moszyński: — Skąposzczety (Oligochaeta) miasta Poznania. — R. Kuntze: Wyniki badań nad fauną chrząszczy Podola w latach 1930/32.

Przegląd Dermatologiczny. Nr. 4. 1933. M. Mienicki: Erythema perstans faciei. — H. Mierzecki: Badania czynnościowe skóry w przemyśle. — Z. Bochyński: O rozmaitych postaciach zakaźnej zgorzeli zewnętrznych narządów płciowych. — H. Szenicerowa: Przyczynek do klasyfikacji rzadkich postaci brodawkowatości skóry. — E. Sonnenberg: Przypadek przewlekłej pęcherzycy prawdziwej, leczonej zastrzykiwaniami sublimatu. — J. Alkiewicz: Zmiany chorobowe w tkance podskórnej w przypadku zapalenia guzkowatego tętnic. — A. Straszyński: Kiła surowiczo-oporna. — A. Ameisen: Rzeżączka bez powikłań.

Lekarz Wojskowy. Nr. 8. 1933. Pawłowski B.: Zasadnicze podstawy segregacji rannych w czasie wojny.

Lekarz Wojskowy Nr. 9.—10. 1933. Garbowski J.: Rola i znaczenie Szkoły Podchorążych Sanitarnych. — Marczewski St.: Z badań nad wpływem krótkotrwałego działania niskich ciśnień atmosferycznych na ustrój. — Jakóbiewicz J.: Najbliższe Polski ogniska dżumy.

Życie Dziecka. Nr. 11—12. 1933. B. Bobrowska Prawa dziecka — obowiązki wychowawcy. — T. Chrapowicki: Nowe programy ćwiczeń cielesnych w szkolnictwie. — I. Zimmerspitzówna: Wpływ szkoły na przyszłe ukształtowanie życia zawodowego młodzieży. — J. Ryngmanowa: Zagadnienia seksualne w książce dla dzieci.

Polska Stomatologja. Nr. 11—12. 1933. S. Czortkower: Ustalenie wieku czaszki. — H. Lajchter: O najprostszych sposobach zapobiegania nieprawidłowościom zgryzu. — A. Bardasz-Drukerowa: Promienica i jej leczenie. Kilka przypadków o atypowym przebiegu.

Przegląd Weterynaryjny. Nr. 12. 1933. W. Herman: Kształt i wielkość kości łopatkowej psów jako cecha rasowa w związku z mechaniką i statyką ich ciała, ze szczególnem uwzględnieniem wpływu ruchów kończyny przedniej. — T. Żuliński: Przerostowe stany grasicy oraz stan grasiczo-limfatyczny u kota. — St. Gajewski: Przypadek ropnego zapalenia śliniaadki.

Therapia Nowa. Nr. 12. 1933. A. Gelbfisz: Nagła śmierć sercowa wskutek migotania komór i jej zwalczanie. — H. Wilczyński: Kasy Chorych a lekarze. — E. Horwatt: Odpowiedź na uwagi p. dr. H. Frenklowej do art. „O zapobiegawczem stosowaniu surowicy przeciwtężcowej".

Wiedza Lekarska. Nr. 12. 1933. I. Spitzer: Badanie czynnościowe narządu oddechowego. — W. Kowenicki: „Diagnosis morbi coram periculo in mora" wśród ostrych zachorzeń narządów jamy brzusznej w pokoju ordynacyjnym lekarza, oraz analogje i refleksje w tej sprawie.

Zdrowie. Nr. 19—20. 1933. Pamiętnik IX. Zjazdu higjenistów polskich w Poznaniu. St. Niemczycki: Zagadnienie mleka w Polsce. — I. Lipska: Bakterjofagi w mleku. — K. Grabowska-Ziembińska: Przyczynek do badań nad zjadliwością pałeczki okrężnicy pochodzącej z mleka. — Z. Kołodziejska i H. Szlendakowa: Rola nadnerczy w gnilcu. — G. Szulc i Z. Kołodziejska: Państwowa kontrola witamin w produktach spożywczych i preparatach leczniczych. — Z. Kołodziejska, R. Lentz-Modrakowska i A. Szczygieł: Działanie dużych dawek witaminy D. — Emil Paluch: Witaminy w kapuście kwaszonej. — Z. Markuze: Zawartość witamin grupy B w kaszach. — G. Szulc i Z. Markuze: Wpływ nadmiernego podawania tłuszczu w pożywieniu na potrzeby witaminy B. — Z. Markuze: Badania nad zwiększeniem wartości odżywczej białka w pieczywie pszennem i żytniem przez dodatek mąki grochowej. — E. Paluch: Badania spektrograficzne prolanu. — Al. Safarewicz: O normach oczyszczania ścieków. — W. Gądzikiewicz i L. Bogucki: Badania frigorometryczne w Polsce. — A. Szniolis i J. Just: O ujednostajnieniu badań wody. — F. Stryjecki: Woda ze studzien kolejowych Okręgu Warszawskiego w świetle badań laboratoryjnych. — Al. Szniolis i J. Just: Werdenizacja wody do picia. Studjum doświadczalne. A. Szniolis i J. Marcinkowska-Łopieńska: Zawartość jodu w wodach Polskich. — W. Chodźko: Meningitis cerebrospinalis epidemica w Polsce. — B. Nowakowski: Wyniki zgłaszania chorób zawodowych w Polsce za pierwsze 4 lata. — Al. Kuropatwiński: Tania umywalka pedałowa, jako niezbędny do-

mowy sprzęt. — Z. Rudolf: Utrzymanie czystości wody w pływalniach. — Z. Rudolf: Myśli przewodnie Pierwszego Międzynarodowego Zjazdu oczyszczania miast w Londynie. — H. Przyłęcki: Zakwit Melorisa w osadniku czerniakowskim i na filtrach warszawskich wodociągów. — H. Przyłęcki: Fermentacja śmieci i osadów ściekowych w komorze Beccari'ego. — H. Przyłęcki: Osady ściekowe i ich wartość nawozowa. — St. Szulc: Pogląd ogólny na zagadnienia przyrostu ludności. — Fr. Waga: Zdrowotność ludności w Polsce w świetle badania lekarskiego poborowych. — W. Gądzikiewicz: O naglącej potrzebie wydania polskiej bibljografji higjenicznej. — J. Danielski: Koordynacja akcji higjenicznej opieki społecznej na terenie wsi. — P. Gantkowski: Choroba „rentowa" w ubezpieczeniach społecznych. — St. Sielicki: Obecny stan walki z gruźlicą w Polsce. — St. Hornung: O zasadach organizacji opieki społecznej w zakresie gruźlicy na terenie szkół wyższych i ich realizacja w Lwowskiej Opiece Zdrowotnej. — St. Sterling-Okuniewski: Organizacja walki z rakiem w Polsce. — M. Zachert: Jaglica u nas i w krajach sąsiadujących. — M. Zachert: Warunki higjeniczne środowiska jagliczego. — A. Żurakowski: Z badań nad wodą w wodociągu warszawskim. — St. Marzyńska: Działalność Towarzystwa „Kropla Mleka" w Łodzi w ciągu lat 30.

Zdrowie. Nr. 21—23. 1933. M. Biehler: Rozwój fizyczny dziewcząt w okresie pokwitania a szkoła. — Z. Szczepański: Sanatorium — Szpital dla leczenia gruźlicy płuc. — P. Mężyński: Spostrzeżenia nad działalnością poradni dla matek za okres od 1930 do 1933 roku. VIII-my Miejski Ośrodek Zdrowia w Grochowie. — St. Żmigród: O produktach spożywczych dla chorych na cukrzycę. — St. Tubiasz: Piętnastolecie ustawodawstwa sanitarnego w Polsce. — L. Markiewicz: Precz z trzepaniem na podwórzach.

Nowiny Lekarskie. Nr. 23 1933. K. Łazarowicz: Organizacja pomocy lekarskiej dla ludności a kasy chorych. — A. Kopp: Na marginesie powstania poradni eugenicznych.

Medycyna. Nr. 24 1933. J. Szczeniowski: Półpaścowe zapalenie opon bez półpaśca. — M. Grycewicz i F. Dłutek: W sprawie stosowania szczepionki Zd. Michalskiego w rozwiniętej gruźlicy płuc. — N. Wołkowyski: Krwawienia podczas i po wyłuszczeniu migdałków podniebiennych i sposoby zapobiegania.

Nowiny Lekarskie. Nr. 24. 1933. Z. Tomanek: O dietetyce w gruźlicy.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 51—52. 1933. St. Bądzyński: Wstępne badania olejku Monarda fistulosa, hodowanej w Ogrodzie Roślin Lekarskich U. S. B. w Wilnie. — J. Włodarczyk: Bojowe środki chemiczne w czasie wojny światowej i w dobie obecnej.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr. 161. 1933. Runge S.: Spostrzeżenia nad niepłodnością krów. — Millak K.: Praca naukowa weterynaryjna w Z. S. S. R. „na przełomie".

OCENY.

Les gaz toxiques. L. Dautrebande. Masson. Paris. 1933. str. 371 fig. 125. Cena 60 fr. fr.

Czytanie i przyswojenie sobie treści książki Dautrebande'a jest rzeczą łatwą; rzucony na wstępie plan dzieła rozwija się w takim logicznym porządku, że czytelnik nie wyobraża sobie nawet możliwości innego ułożenia materjału. Przedmiotem są zatrucia gazowe wogóle; nie ogranicza się autor jedynie do zatruć bojowych i to jest jedynie słusznem; nikt dzisiaj nie jest w stanie przewidzieć, jakich chemicznych środków bojowych użyją armje w przyszłej wojnie, toteż należy zapoznać lekarza z całym terenem, obejmującym zagadnienie zatruć t. zw. gazowych. Idea przewodnią całego dzieła jest śmiałe twierdzenie, że zjawiskiem charakteryzującem każde zatrucie „gazowe" jest brak tlenu. Jeżeli ten brak wywołało zmniejszenie zawartości tlenu w pęcherzykach płucnych, to określić go możemy, jako anoksemiczny. Pomimo znacznej zawartości tlenu w pęcherzykach może ustrój cierpieć brak tlenu, jeżeli krew nie jest w stanie doprowadzić dostatecznej ilości tlenu do tkanek; ma to miejsce przy zmniejszeniu ilości hemoglobiny ustroju względnie w zatruciach, które uniemożliwiają hemoglobinie przenoszenie tlenu; taki brak tlenu można określić jako anemiczny. W razie zwolnienia obiegu krwi nie otrzymają tkanki dostatecznej ilości tlenu mimo normalnej zawartości tlenu w pęcherzykach płucnych, mimo to, że krew tętnicza jest wysycona tlenem i zawartość hemoglobiny jest normalną: powoli płynąca fala krwi utraci znaczną część tlenu przed zaopatrzeniem weń wszystkich tkanek, które odżywia; taki brak tlenu określić można jako krążeniowy. Te wszystkie szkodliwości, które uniemożliwiają tkankom zużytkowanie tlenu doprowadzonego, które hamują tkankowe procesy utleniania, wywołują brak tlenu tkankowy.

Opierając się na tych pojęciach omawia autor w części pierwszej fizjopatologję oddechania; wiele miejsca poświęca sprawom, których znaczenie praktyczne jest wielkie, i tak zagadnienie zachowania się oddechania w razie istnienia oporów (n.p. w maskach chroniących przed dymami) omawia ze szczególna troskliwością; dane te wyzyskuje autor w części trzeciej przy omawianiu własności, jakie muszą cechować maskę przeciwgazową. Ten szczególny nacisk, położony na rzeczy praktycznie ważne, nie odsuwa jednak zagadnień ściśle teoretycznych; przed ich omawianiem autor się nie cofa i to właśnie czyni książkę miłą w czytaniu. W części drugiej po omówieniu ogólnych własności gazów i par trujących przechodzi autor do systematycznego ich rozpatrzenia; dzieli je na trucizny anoksemizujące, anemizujące i tkankowe. Podział ten (jak zresztą każdy podział gazów trujących) posiada swoje wady; np. umieszczenie iperytu wśród gazów anoksemizujących, spowodu jego działania na górne drogi oddechowe, wydaje się czemś sztucznem; ma ten podział jednak i swoje zalety, z któremi zapoznaje się czytelnik w części trzeciej, poświęconej profilaktyce i terapji. Na pierwszem miejscu trzeciej części dzieła omawia Dautrebande tak ważne, a tak dalekie od zadawalającego rozwiązania, zagadnienie wykrywania gazów bojowych; następnie przechodzi do obrony indywidualnej i zbiorowej. Ratownictwo i terapja zajmują dalsze strony części trzeciej. Opierając się na założeniu, że istotą każdego zatrucia „gazowego" jest brak tlenu, systematyzuje postępowanie wobec zatrutego w zależności od tego, czy ma się do czynienia z brakiem tlenu anoksemicznym, anemicznym, krążeniowym czy tkankowym. Dodatek poświęca krótkiemu omówieniu następstw zatruć bojowych. Wniosek końcowy autora stwierdza, że do fizjologji, patologji i terapji zatruć gazowych nie stosują się jakieś szczególne prawa, że w zatruciach tych niema nic mistycznego; dla tych, którzy opanowali fizjologję, patologję i terapję wogóle, jest bardzo łatwem ogarnięcie tego poddziału, jakim jest nauka o zatruciach gazowych.

W. Mozołowski (Lwów).

Fortschritte der Serologie. Hans SCHMIDT, prof. higjeny: (Postępy serologji). Wyd. Th. Steinkopffa, Drezno i Lipsk 1933. Cena 12 marek niem.

Praca ta jest jednym z tomów wydawnictwa, które ma na celu przedstawienie postępów wiedzy przyrodniczej od roku 1914. Poświęcona jest zagadnieniom serologicznym, tak ważnym dziś dla całego szeregu działów medycyny. Specjalnie dla pracownika polskiego, natrafiającego — jak zresztą i jego koledzy w innych krajach — na wielkie trudności w poszukiwaniu najnowszych źródeł piśmienniczych, praca taka, zbierająca i krytycznie oceniająca postępy w działach serologji, dokonane w pracowniach całego świata, będzie szczególnie pożądaną. Poszczególne działy serologji omawiane są za porządkiem, naogół zwięźle, tylko ważniejsze lub w oryginale trudniej dostępne prace są szerzej uwzględnione. Z tematów dokładnie omawianych, a mających znaczenie dla lekarza praktyka, wymienię: nowoczesna analiza próby aglutynacyjnej, opadanie krwinek, grupy krwi, wszelkie zagadnienia hemolizy krwinek z dokładnem omówieniem prac nad odczynem Bordet-Wassermanna i odczynów wykłaczania przy kile, działania antytoksyn na toksyny (metody miareczkowania przez wykłaczenie), wreszcie nowoczesne teorje o istocie antygenów i ciał odpornościowych. Pominięte są zupełnie zagadnienia, związane z przewrażliwością (anafilaksją). Piśmiennictwo uwzględnione do połowy roku 1932. Nazwisk autorów polskich spotyka się zaledwie kilkanaście.

Praca Schmidta jest, jak już wspomniałem, bardzo wartościowa i tworzyć może korzystne (i tanie) uzupełnienie przedwojennego podręcznika serologji.

St. Legeżyński (Lwów).

Chirurgie de la main. (Chirurgja ręki). Marc. ISELIN. Masson. Paris 1933. Str. 340. Cena 55 fr.

Podtytuł wyjaśnia układ książki: rany, zakażenia, chirurgja wytwórcza. W dobie ubezpieczeń społecznych i chirurgji wypadkowej temat wybrany jest bardzo naczasie jak i, skromna coprawda, tablica określająca % niezdolności spowodu obrażeń ręki. Autor opracował obfity materjał kliniczny bardzo dokładnie nawet za szczegółowo. Rozproszkował go bowiem na szereg typów i typików, które nietyle wyjaśniają, ile gmatwają ideę autora chcącego dać możliwie wyczerpującą monografję. Obfitość natomiast fotografij i rysunków schematycznych można powitać tylko z uznaniem dla wydawcy. *K. Czyżewski* (Lwów).

Cancer du colon droit. (Rak kiszki wstępującej). Jean GOSSET: Masson, Paris 1933. Str. 326. Cena 50 fr.

Klasyczna monografja wydana ze starannością należną imieniowi Gosseta. Temat opracowany oczywiście pod kątem widzenia chirurga. Obszerny rozdział anatomiczny rozpatruje ruchomość prawej połowy kiszki, jej unaczynienie i rozkład gruczołów. Histologię objaśniają wspaniałe mikrofotografje. Część kliniczna kończy się znów bogato ilustrowanym rozdziałem radiagnostyki ze szczegółowo uwzględnionem rozpoznaniem różniczkowem. Następną 1/3 część książki zajmuje leczenie chirurgiczne z omówieniem metod i statystyki operacyjnej. Szczegółowo opisane jest wycięcie prawej połowy kiszki dwuczasowe (I. zespolenie jelita biodrowego z poprzecznicą, II wycięcie kiszki) przedstawione krok za krokiem na tablicach; Gosset nie uważa stosowania tej metody za ułatwienie dla chirurga, natomiast pewne jest zmniejszenie ryzyka dla chorego. Po krótkim rozdziale o radjoterapji następuje trzecia obszerna część z dokumentami: historjami 50 przypadków i bibljografją

K. Czyżewski (Lwów.)

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Biologja.

O powstawaniu przyśpieszenia w czasie ciąży i zwolnieniu w połogu ruchów serca. K. J. ANSELMINO i F. HOFFMANN. Arch. f. Gyn. T. 150 z. 1.

Krążenie krwi u ciężarnych zachowuje się ilościowo zupełnie taksamo, jak krążenie u chorych ze sztuczną lub chorobową hipertyreozą i u chorych z lekkiemi objawami Basedowa. Z uwagi na udowodnioną wzmożoną czynność tarczycy w czasie ciąży musi się przyjąć, że zmianę krążenia krwi w ciąży odnieść należy do wzmożonej produkcji hormonu tarczycy. W połogu ustępuje wzmożona ilość hormonu tarczycy we krwi. Równocześnie atoli występują następujące zmiany hemodynamiczne a mianowicie: W czasie ciąży pracuje serce z siłą wzmożoną o mniejwięcej 50%. To wzmożenie pracy serca ma swe źródło w podwyższeniu objętości minutowej i w przeroście mięśnia sercowego. Gdy więc w połogu objętość minutowa, a tem samem praca serca względnie szybko znów wracają do normy, wtedy serce położnicy nastawione na zwiększoną pojemność, może tę pracę w stanie spokoju *(Ruhearbeit)* wykonać przy mniejszej ilości uderzeń. Zwolnienie ruchów serca w połogu jest zatem zjawiskiem analogicznem, jakie widzimy u trenowanych sportowców, u których w czasie spokoju tętno również wolniejе.

K. B. (Lwów).

Studja histerograficzne nad charakterem skurczu retrakcyjnego i jego stosunku do skurczu kontrakcyjnego macicy kobiet. J. KREIS i A. GINGLINGER. Comp. Rend Soc. Biol. T. 112 z. 8. 1933.

Na wstępie pracy autorowie podkreślają różnicę niezawsze dotychczas docenianą, jaka zachodzi między skurczem retrakcyjnym i kontrakcyjnym macicy. Skurcz retrakcyjny jest to zmniejszenie się objętości macicy w czasie, gdy się ona opróżnia częściowo lub całkowicie. Ten powrót włókna mięśniowego do mniejszej długości, powrót stopniowy w miarę jak macica się wypróżnia i całkowity, gdy się wypróżniła, odpowiada skróceniu stopniowemu względnie całkowitemu osi podłużnej i poprzecznej. Skurcz retrakcyjny i stan retrakcji nie może być identyfikowany z czynnością ewakuacyjną macicy. Nie można skurczu retrakcyjnego i kontrakcyjnego zaliczać w poczet homologicznych czynników, mimo że oba stany prowadzą do skrócenia długości osi macicy. Wiadomo z doświadczeń Wielocha, że mięsień w stanie retrakcji może być spowrotem sprowadzony do swej ciążowej objętości pod wpływem ciśnienia słupa wody 150 cm. Retrakcja nie jest siłą w znaczeniu położniczem identyczną z tą, jaką przedstawia skurcz kontrakcyjny. Ten punkt widzenia potwierdzają badania histerograficzne autorów. Faza rozkurczu oznaczona w czasie pracy opada w swym poziomie w czasie retrakcji w okresie wydalania, i to pomimo stanu znacznego skrócenia włókien mięsnych. Skurcze kontrakcyjne fazowe trwają nadal i po wydaleniu płodu i to w tym samym charakterze tak podczas pracy, jak też w czasie ciąży. Czynne skrócenie mięśnia jest spowodowane skurczem kontrakcyjnym a nie retrakcyjnym. W macicy odprężonej w okresie rozkurczu międzyfazowego każdy następny skurcz kontrakcyjny podnosi stopniowo coraz to wyżej poziom rozkurczowy międzyfazowy aż do wydalenia łożyska. Tak więc skrócenie czynne mięśniowe warunkuje skurcz kontrakcyjny fazowy, nakładając się na stan skurczu biernego retrakcyjnego. Macica, która krwawi, jest zawsze w stanie retrakcji, w miarę jak się napełnia krwią, rozciąga się odpowiednio do objętości krwi, jaka się w niej gromadzi (analogja do dośw. Wielocha). Skurcz zatem retrakcyjny jest skurczem biernym. Całą swą czynność aktywną macica zawdzięcza jedynie skurczom kontrakcyjnym, które się nakładają na skrócenie bierne mięśnia, spowodowane retrakcją. Ów stan retrakcji jest fizjologiczny i nigdy nie może przedstawiać żadnej przeszkody. Dlatego też o ile się spotykamy z silnym skurczowym pierścieniem lub nadmierną twardą macicą obkurczoną (uniemożliwiającą nam np. obrót), to nie jest to, jak mylnie sądzono, stanem retrakcji, lecz właśnie nadmiernej kontrakcji. Istnienie stanu retrakcyjnego obok kontrakcyjnego tłumaczy autor elastycznością włókien sprężystych z jednej strony a włókien mięsnych z drugiej.

W. S. Holobut (Lwów).

Efektywność pracy skurczu fazowego macicy kobiet w okresie rozwierania. J. KREIS i C. SCARPITTI. Comp. Rend. Soc. Biol. T. 112. Z. 8. 1933.

Wszystkie dotychczasowe prace histerograficzne wnosiły o efektywności mięśnia macicy z amplitudy skurczów i podawały, że amplitudy skurczów są mniejsze w czasie ciąży niż w czasie pracy mięśnia przy porodzie. W pracy niniejszej autorzy starają się wykazać niesłuszność dotychczasowych powyższych zapatrywań i udowodnić, że nie można wnioskować z wielkości amplitudy skurczu fazowego o pracy, jaką mięsień macicy wykonuje, w szczególności w okresie rozwierania. I tak: 1. największe wzniesienia (amplitudy) skurczu fazowego obserwowali autorowie przy użyciu histerografu Freya w czasie ciąży. Jest to łatwem do zrozumienia z wyników poprzednich prac autora nad znaczeniem poziomu rozkurczu międzyfazowego, który w czasie ciąży jest mało wzniesiony i dlatego też amplituda skurczu może być duża. 2. W okresie zaś, gdy mięsień pracuje, ów poziom rozkurczu fazowego podnosi się znacznie na pewną wysokość i stwarza obraz skurczu niejako zblokowanego, mięsień zatem jest stale znacznie skrócony. Dlatego też amplitudy skurczowe są mniejsze i nie przedstawiają wartości całkowitej kurczliwości macicy, lecz część jej tylko powyżej owego skurczu zblokowanego uwidocznionego na krzywej owym wyższym poziomem rozkurczu międzyfazowego. 3. Amplituda skurczu fazowego nie może być w czasie okresu dylatacji, w którym brak jest oporów anatomicznych, kryterjum dobrego postępu pracy porodowej. O ile bowiem rozkurcz jest skurczem zblokowanym, a w czasie pracy macicy podnosi się i trwa na pewnym wysokim poziomie, to ten rozkurcz dołącza się do czynności i nie jest wyrazem spoczynku bezwzględnego. Praca zatem równa się amplitudzie fazowej podzielonej przez rozkurcz międzyfazowy. $T = \frac{A}{R}$ (R = *resolution*). 4. Lecz efekt porodowy nie jest proporcjonalny do tej pracy skurczowej, gdyż wchodzi tu jeszcze w grę opór, który wykazał już Schickele w szeregu przypadków patologicznych i nazwał spazmem szyi. Opór ten względnie przeszkoda jest różnie wielka w różnych przypadkach, a nieuwzględnienie jej przy pomiarach niweczy wszelkie matematyczne obliczenia prognozy porodu. Ów opór dominuje w czasie całego okresu rozwierania i tłumaczy nam, dlaczego wówczas, gdy jest on nieznaczny, jakikolwiek stosunek amplitudy fazowej, do rozkurczu międzyfazowego wystarcza, by go przezwyciężyć; gdy on zaś jest duży, to wtenczas nawet b. intensywna praca t. j. $\frac{A}{R}$ nie będzie miała efektu położniczego, względnie bardzo mały. Stąd wydaje się efekt położniczy być proporcjonalnym do amplitudy skurczu fazowego a odwrotnie do rozkurczu międzyfazowego i oporu $E = \frac{A}{R}$ (O = opór). — W ciągu obserwacyj klinicznych wydało się, że mięsień macicy silnie stwardniały a więc dużem wzniesieniem znaczący wysokość poziomu swego rozkurczu międzyfazowego na krzywej dużem wzniesieniem, zaledwie trochę rejestruje skurcze fazowe, i w tych przypadkach efekt jest mały lub żaden. Podczas gdy wielkie amplitudy skurczowe przerywane głębokim rozkurczem całkowitym są w porodzie najbardziej pożądane. Ani maksymum amplitudy skurczu fazowego, ani maksymum wzniesienia międzyfazowego rozkurczu nie warunkują dobrego efektu położniczego, lecz tylko dogodny stosunek $\frac{A}{R}$ do oporu (O) indywidualnego.

W. S. Holobut (Lwów).

Patologja.

Złogi wapniowe w płucach, naśladujące przerzuty nowotworowe przy mięsaku goleni. STERNBERG. Zbl. Chir. Nr. 38/33.

Chodzi tu o mięsaka goleni, leczonego spoczątku spowodu nietypowego obrazu Rtg. jako zapalenie szpiku kostnego. Zdjęcie Rtg. płuc, dokonane po stwierdzeniu złośliwego charakteru procesu drogą skrawka próbnego, wykazało w obu płucach ogniska zgęszczenia, które uważano za przerzuty nowotworowe i wskutek tego zaniechano amputacji. Na sekcji stwierdzono brak przerzutów mimo olbrzymiego wzrostu nowotworu. Ogniska zgęszczenia w płucach były wywołane złogami wapnia, odkładającego się przy sprawach niszczących tkankę kostną w płucach, nerkach, żołądku, m. sercowym i naczyniach (Virchow) a szczególnie w tkankach, wytwarzających kwasy (Aszkanazy).

A. Abdański (Krzemieniec).

O torbielach trzustki. K. CHODKOWSKI. Pol. Przegl. Chirurg. Z. 4. T. XI. 1932.

Autor podaje podział wszelkich tworów jamistych spotykanych w trzustce, przedstawia ich patogenezę i morfologię. Opisuje z podaniem strony klinicznej i anatomicznej 8 przypadków tych tworów, zebranych ze szpitali i Zakładu anatomji patologicznej w Warszawie. Podkreślając rolę przewlekłego śródmiąższowego zapalenia trzustki w powstawaniu torbieli zastojowych, proponuje autor zmianę przyjętego podziału tworów jamistych trzustki z uwzględnieniem wymienionego czynnika na następujące rodzaje:

1. Torbielakogruczolaki: a) proste, b) rakowate.

1. z rozplenu nabłonka odsznurowanych przewodów: a) rozwojowe, b) nabyte (w przewlekłem zapaleniu śródmiąższowem).

2. zastojowe: a) żabka trzustkowa, b) pojedyńcze.

II. Torbiele nowotworowe:

1. Torbielakogruczolaki: a) proste, b) rakowate.

3. Torbielowate naczyniaki limfatyczne.

III. Torbiele rzekome czyli jamy:

1. w zaburzeniach krążenia i martwicach miąższu trzustki.

2. w zaburzeniach krążenia i martwicach nowotworów trzustki.

IV. Pasorzyty torbielowate:

1. wągry,

2. bąblowce.

J. Romanowski (Kraków).

O ziarnicy kręgosłupa. WEGEMER ERNST. Virch. Arch. t. 289/33.

Ziarnica kości występuje w 30—40% wszystkich przypadków ziarnicy. Kolejność częstości zajęcia kości: kręgosłup, kość udowa, mostek, sklepienie czaszki, żebra, miednica, chrząstka pierścieniowata. Ziarnica szpiku kostnego ma być tak częsta jak ziarnica kości. — Kliniczne objawy ograniczają się przeważnie tylko do objawów nerwowych (uciskowych). Czasem występują samoistne złamania. Rentgenologicznie widać często rozjaśnienia w kościach. — Ziarnica szerzy się albo bezpośrednio na otoczenie albo przerzutowo drogą krwi i limfy.

U 31-letn. mężczyzny o 12—l. trwaniu choroby znalazł autor poza bardzo znacznemi zmianami w gruczołach chłonnych i płucach zbite nacieki w trzonie kilku kręgów, które mimo daleko posuniętego rozrzedzenia substancji kostnej nie zmieniły swojego kształtu, a to wskutek zwłóknienia ziarniczo zmienionych części. Autor zwraca uwagę na to, że jako zejście ziarnicy kości spotyka się prawie zawsze tylko zwłóknienie, a nie skostnienie; stąd należałoby raczej mówić o fibrosklerozie, aniżeli jak dotychczas o osteosklerozie.

E. Schlönvogt (Kraków).

Ostra erytrocytoza kwasicza. L. DETRE, A. FARKAS. (Budapeszt). Ztsch. f. klin. Med. Bd. 124 S. 316—320.

Autorom chodzi o wyjaśnienie przyczyny występowania erytrocytozy w kwasicy. Jednorazowe wstrzyknięcie dożylne psom i królikom kwasu (1.5—6 g NaH_2PO_4 w roztworze) wywołuje szybko wyraźną erytrocytozę, utrzymującą się przez 60—70 min. Szybkie występowanie i ustępowanie reakcji, brak zwiększenia ilości retikulocytów przemawia przeciw szpikowemu pochodzeniu erytrocytozy. Dalsze badania w toku.

H. Długosz (Lwów).

Kwas mlekowy we krwi w nadczynności tarczycy. S. THADDEA i A. WALY. (Berlin). Ztschr. f. klin. Med. Bd. 124. S. 15—28.

W spoczynku i po obciążaniu kwasem mlekowym w spoczynku poziom kwasu mlekowego w nadczynności tarczycy nie odbiega od normy. Po pracy w ch. Basedowa wzmaga się znacznie poziom kwasu mlekowego i wydzielanie z krwi następuje wolniej.

H. Długosz (Lwów).

O wałeczkach i białku w moczu, szczególnie w kwasicy. L. MEYLER. (Holandja). Ztschr. f. klin. Med. B. 124. S. 47—65.

W kwasicy (salmiak, sport, cukrzyca) występują ślady białka w moczu i duża ilość wałeczków. Mechanizm byłby następujący: jeżeli z jakiegokolwiek powodu mocz staje się kwaśny, nerki stają się przepuszczalne dla białka (albuminy i globuliny). Globuliny wypadają z roztworu, tworzą się wałeczki. Ziarnistość wałeczków zależy od wykrystalizowania kw. moczowego na powierzchni wałeczków. Jeżeli mocz ma niski ciężar gatunkowy (po salyrganie), kwas moczowy nie jest w roztworze nasycony, nie krystalizuje, powstają tylko szkliste wałeczki. Zatem obecność wałeczków, nawet ziarnistych i to w dużej ilości, nie dowodzi jeszcze schorzenia nerek.

H. Długosz (Lwów).

Szczegółowe spostrzeżenia seryjne nad pęcherzykiem żółciowym. ANDREWS. Surg Gyn. Obst. LVII. 1.

Wśród szeregu innych spostrzeżeń, dochodzi autor do wniosku, że nie można odrzucić możliwości powstawania zapalenia pęcherzyka wskutek drażnienia chemicznego. Na to wskazywałaby jałowość żółci przy ostrem zapaleniu czasem spotykana; możność wywołania zapalenia doświadczalnego u psów przez dożylne podanie płynu D a k i n a, i podrażnienie sokiem trzustkowym.

K. Czyżewski (Lwów).

Miedniczki nerkowe — odmiany w ich obrazie rentgenowskim i opróżnianiu. D. K. ROSE. Surg. Gyn. a. Obst. V. LVII. Nr. 1.

Na podstawie 385 obrazów rozróżnia autor szereg napozór prawidłowych miedniczek, gdzie możliwe jest czasowe zatrzymywanie się moczu, dzięki szczególnej budowie kielichów. Miedniczki te usposobione są do tworzenia się kamieni i ulegania zakażeniom.

K. Czyżewski (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Przyczynek do ch. Oslera (Teleangiectasia hereditaria haemorrhagica). E. WITTKOWER i B. RAREY (Berlin). Ztschr. f. Klin. Med Bd. 124. S. 41—46.

Chorobę Oslera cechuje: rodzinne występowanie rozszerzenia naczyń krwionośnych skóry i błon śluzowych, krwawienia *per rhexin* i *per diapedisin* (krwawienia z nosa, wymioty krwawe, krwawienia płucne, krwiomocz), następowo niedokrwność wtórna. Etjologja: nie rozszerzenie istniejących naczyń, lecz wytwarzanie się nowych naczyń (angjoblastyczne procesy w sensie hamartomów). Diagnoza różniczkowa od skaz krwotocznych łatwa, czas krwawienia, krzepnienia, ilość płytek, odczyn. opask. normalny. Prognoza dość dobra, niebezpieczeństwo przedstawiają duże krwotoki i niedomoga szpiku przy dłużej trwających krwawieniach.

Leczenie: poza leczeniem miejscowem, zwalczanie niedokrewności wtórnej (duże dawki *Fer. reduct.*). A. opisują 3 typowe przypadki ch. Oslera.

H. Długosz (Lwów).

Stała kontrola Roentgenem, jako najważniejszy czynnik przy leczeniu odmą płucną. TH. VIEGENER. Med. Klin. Nr. 26. 1933.

Prześwietlenie Roentgenem należy wykonywać nietylko przy pierwszem założeniu odmy płucnej, lecz przy każdem dopełnianiu i to tak przed jak i po dopełnieniu. Prześwietlenie przed zdjęciem ma na celu stwierdzenie zachowania się jam, czy ewentualnego niezapadania się naciekłych części płuc, zjawianie się wysięków i t. p. Natomiast prześwietlenie po założeniu ma zapewniać, że przy stosowaniu odmy nie powstała t. zw. przepuklina wśródpiersiowa lub czy nie istnieje skłonność do niej, a w razie jej powstania, konieczność założenia drugostronnej odmy; dalej stwierdzenie, czy płuco całkowicie się nie zapadło, wiadomo bowiem, że nawet przy ujemnych ciśnieniach na manometrze, może przyjść do t. zw. zapadu płuca.

Z. Godlowski (Kraków).

Jak należy leczyć ropnie mózgowe. CH. TRAXIER. Surg. Gyn. Obst. LVII. Nr. 1.

Autor przestrzega przed operacją, zanim wytworzy się torebka dokoła ropnia. Wymaga to conajmniej 3 tygodni. Pewne wskazówki daje płyn rdzeniowy, w którym znikają leukocyty i przeważają limfocyty. Drenować radzi miękkim cewnikiem lub kilkakrotnie nakłuwać.

K. Czyżewski (Lwów).

Symptomatologja schorzeń tylnych korzonków rdzeniowych (Obj. zginania głowy). TH. MÜNZER. Med. Klin. Nr. 28, 1933.

Dodatni objaw zginania głowy przy zajęciu tylnych korzonków rdzeniowych polega na tem, że przy zgięciu głowy ku przodowi przy wyprostowanym kręgosłupie występują na skórze pewne zaburzenia czucia, jak mrowienie, pieczenie i t. p. w pasie skórnym, odpowiadającym odpowiedniemu korzonkowi. Objaw ten ma być tak czułym, że bywa on dodatni nawet w tych wczesnych okresach, w których inne objawy zajęcia korzonków jeszcze nie wystąpiły.

Z. Godlowski (Kraków).

Schorzenie splotu słonecznego. P. JACQUET. Nutrition T. III. Nr. 4. 1933.

Tętnienie tętnicy głównej brzusznej spotyka się często w dyspepsjach, jak i w chwiejności układu nerwowego roślinnego. Objaw ten jest dominującym w opadnieciu trzewi. Ludzie ci skarżą się na bóle w okolicy nadżołądkowej, bóle kurczowe pod prawym łukiem żebrowym, utrudnienie oddychania, zawroty głowy, migrenę, bezsenność, wychudzenie. Noszenie opaski nie sprowadza żadnej ulgi.

Mester (Kraków).

Leczenie cukrzycy emanacją radu. H. WANKE. Med. Klin. Nr. 35, 1933.

Promienie radu mają zdolność pobudzania ustroju do wzmożonej pracy; między innemi też i kom. trzustki do wydzielania wewnętrznego, a kom. wątroby do skrzętniejszego gromadzenia glikogenu. W cukrzycy poleca autor poza kąpielami rad. picie i wziewanie emanacji radowej tak, by dziennie doprowadzić niemniej jak 70—100 tys. jednostek Machego, niższe bowiem wartości nie działają. Leczenie takie należy przeprowadzać kilkakrotnie w przeciągu paru lat. Stosowaniem tego leczenia autor potrafił usunąć obj. cukrzycy u 47 chorych, u niektórych z cukromoczem dochodzącym do 7%.

Z. Godlowski (Kraków).

Swobodna dieta w cukrzycy. T. DEPISCH. Med. Klin. Nr. 26, 1933.

Wprowadzona przez Stoltego swobodna dieta w cukrzycy może mieć tylko wyjątkowo zastosowanie u ludzi dorosłych. Przypadki cukrzycy wyleczonej swobodną dietą, opisywane przez autorów albo wcale cukrzycą nie były lub były tak lekką postacią, że wogóle nie wymagały leczenia, będąc stanem przejściowego cukromoczu. Opisywane również obniżanie poziomu cukru krwi po podaniu większej ilości węglowodanów i tłuszczów wymagają bezwzględnie kontroli, ponieważ stoją w sprzeczności z dotychczasowemi pojęciami na tę sprawę.

Z. Godlowski (Kraków).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Znaczenie objawu bólu w ginekologji. A. BINET (Nancy). Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. 1933. Z. 6.

Autor zastanawia się nad istotą bólu i znaczeniem poszczególnych jego przejawów. Uważa, że intensywność i lokalizacja bólu mają tak doniosłe znaczenie w diagnostyce różniczkowej, że często na podstawie tych objawów można sobie już wyrobić pojęcie o pierwotnem cierpieniu. Dalej omawia rodzaje bólów, a więc 1) nagły — nadostry, 2) ostry, 3) podostry i przewlekły i zwraca uwagę, że w przypadkach, w których lekarz nie może znaleźć zmian w narządach rodnych, powinien zawsze myśleć o bólach udzielonych pochodzenia centralnego. *H. Newlińska* (Lwów).

Bóle w przebiegu chorób kobiecych występujące poza miednicą małą. A. LAFFONT (Alger). Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. 1933. Z. 6.

Bóle występujące w odległości od ogniska chorobowego umiejscowiają się najczęściej w okolicy klatki piersiowej, łopatek i szyi. W przypadkach spraw zapalnych macicy i przydatków oraz wylewów ograniczonych jedynie do miednicy bóle mogą być powierzchowne (dermalgje) lub występować w narządach leżących w głębi (wisceralgje). Pierwsze powstają jako odruch udzielony drogą mózgowo-rdzeniową, drugie — jako odruch współczulny. W przypadkach, w których w jamie brzusznej zbiera się duża ilość krwi, powstaje tak zw. *névralgie phrénique* zależna od drażnienia zakończeń nerwów przepony przez płyn. W tych przypadkach występuje to jako odruch mózgowo-rdzeniowy.

H. Newlińska (Lwów).

Bóle w chorobach kobiecych. Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. 1933. Z. 6 i 7.

Zeszyty poświęcone pracom wygłoszonym na zjeździe Luxeuil-les-Bains w czerwcu 1933 r. Dotyczą one istoty bólu, rozmaitych jej przejawów, omawiają obszernie bóle miednicy małej oraz bóle występujące w przebiegu chorób kobiecych poza miednicą małą (bóle odruchowe). Następnie podane jest leczenie bardzo szczegółowe środkami farmaceutycznemi, metodą fizykalną, masażem i leczenie operacyjne, t. j. zabiegi na nerwach współczulnych i ich splotach.

H. Newlińska (Lwów).

Bóle w zakresie miednicy małej. COLANERI i DOUAY (Paryż). Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. 1933 z. 6.

Bóle umiejscawiające się w miednicy małej mogą być: 1) okresowe, zależne od cyklu menstruacyjnego, 2) nagłe w postaci ataków, 3) stałe i 4) wywołane przez badanie ginekologiczne. Autorzy omawiają poszczególne rodzaje bólów, ich przyczyny i znaczenie.

H. Newlińska (Lwów).

Spostrzeżenia nad wystąpieniem hormonu przedniego płata przysadki w przypadku obumarcia płodu z pozostającem łożyskiem. AXEL WESTMAN (Upsala). Zbl. f. Gyn. Nr. 19. 1933.

Nie jest dotychczas rozstrzygniętą kwestja, czy w ciąży przedni płat przysadki jest w stanie sam wyprodukować tak znaczne ilości hormonu, czy też hormon tworzy sie również w łożysku. Badania Philippa, potwierdzone przez Zondeka, wykazały, że przysadka ciężarnych nie zawiera hormonu przedniego płata, natomiast u nieciężarnych znajdujemy w przysadce znaczne ilości hormonu, z czego możnaby wywnioskować, że w ciąży następuje zahamowanie czynności przysadki, a wytwarzanie hormonu przyjmuje na siebie łożysko. Zondek jednak stoi na tem stanowisku, że wytwarzanie w ciąży wielkich ilości hormonu przysadki postępuje tak szybko, że przysadka sama wolna jest od hormonu. Stan analogiczny widzi Zondek w zachowaniu się tarczycy przy Basedowie, kiedy znajdujemy w tarczycy tyroksynę i jod w ilościach mniejszych aniżeli w normalnym gruczole tarczowym.

Przypuszczalnie pierwszym bodźcem do wytwarzania hormonu jest zapłodnione jaje, i stwierdzony wówczas hormon pochodzi z przedniego płata przysadki, później jednak łożysko bierze udział w wytwarzaniu hormonu. Wyświetlenie tego zagadnienia drogą eksperymentalną (na małpach ciężarnych) jest niemożliwe, gdyż po usunięciu przysadki następuje poronienie.

Autor przytacza przypadek, który mógłby wyświetlić zagadnienie, czy przysadka sama bez udziału łożyska mogłaby wytworzyć hormon przedniego płata, stwierdzany w moczu. Opis przypadku zatrucia ciążowego ze zmianami w moczu, parciem krwi 240/120, *retinitis albuminurica.* Objawy te wystąpiły w 3 tygodnie po ustaniu ruchów płodu VII-miesięcznego. Przypadek ten wskazuje, że po obumarciu płodu łożysko może zachować swoją „żywotność" do mniejwięcej 4-ch tygodni i wywołać swoiste zaburzenia w organiźmie matczynym pod postacią postępującego zatrucia i zachowania nadal reakcji ciążowej. Operacyjnie usunięte łożysko wykazało histologicznie normalne utkanie, zawierało dużo folikuliny, natomiast brak hormonu przedniego płata przysadki. Dlatego należy przypuszczać, że dodatni odczyn ciążowy w tym przypadku spowodowany był nadmierną czynnością przysadki.

M. Segal (Lwów).

Stosunki hormonalne w jednym przypadku potworniaka kości ogonowej. ERICH FELS. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 92, z. 1—2.

Ogłoszony przez Fraenkla przypadek potworniaka, pochodzącego od kobiety z obustronnemi guzami jajnikowemi, pobudził autora do opisania swojego przypadku, gdyż Fraenkel rzucił wtenczas myśl, czy przyczyna powstawania tych guzów u płodów nie stoi w związku ze zmienioną czynnością jajników matki, podobnie jak to ma miejsce w zaśniadzie groniastym i nabłoniaku kosmówkowym. W pierwszym rzędzie chodziło o stwierdzenie ilości prolanu A i B. Otóż badania autora przeprowadzone nad myszkami kastrowanemi i młodocianemi z płynem, jakoteż wszczepionemi cząstkami guza wykazały prawidłowe ilości prolanu. Z tego powodu autor sądzi, że potworniaki płodów powstają z innej przyczyny, a nie dzięki zmienionym stosunkom hormonalnym matki. Zwiększona ilość prolanu jest skutkiem wzmożonej czynności komórek Langhansa i komórek syncycjalnych, jak to bywa w nabłoniaku kosmówkowym i zaśniadzie groniastym lub potworniakach zawierających te komórki, jak to autor stwierdził w jednym przypadku jądrowego nabłoniaka kosmówkowego.

J. Lenczowski (Lwów).

Działanie kamfory na pierś w okresie laktacji. J. ROSENBLATT. Zbl. f. Gyn. Nr. 20/33. *(Uwagi do pracy B. Liegnera).* Zbl. f. Gyn. 1933, Nr. 20.

Spostrzeżenie autora o działaniu kamfory na laktację, ogłoszone przed 11 laty zostało klinicznie potwierdzone, nie znaleziono jednak anatomicznego podłoża dla wytłumaczenia tego swoistego działania hamującego kamfory na czynność gruczołu mlecznego. Doświadczenia autora na białych myszkach nie udały się, gdyż myszki giną na skutek intoksykacji już po małych dawkach kamfory. Dopiero doświadczenia Liegnera na świnkach morskich wykazały selektywne działanie kamfory wyłącznie na gruczoł mleczny; na inne gruczoły kamfora nie wpływa. Przyczyna tego wybiórczego działania nie została jednak wyjaśniona. Rozpuszczalny w wodzie kardjazol nie wpływa na laktację.

Kamfora jest zupełnie pewnym środkiem powodującym zanik laktacji; stwierdzenie tej własności jest wynikiem przypadkowej obserwacji. *M. Segal* (Lwów).

W sprawie przyczyny powstawania objawów klinicznych oraz leczenia t. zw. „endometriosis". L. SEITZ. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 92. Z. 1—2.

Praca opiera się na obserwacji 65 przypadków bujania błony śluzowej macicy poza normalnem jej usadowieniem się. W formie treściwej, choć krótkiej porusza autor sprawę etjologji, przebiegu klinicznego oraz postępowania w tem cierpieniu. Zdaniem autora przyczyn powstawania tej choroby może być kilka. Dla *adenomyosis interna* wystarczającem może być tłumaczenie R. Meyera o zakłóceniu równowagi między błoną śluzową macicy a jej mięśniem. Również teorji Halbana — szerzenie się sprawy drogą naczyń chłonnych — nie można w zupełności odrzucać. Dla *adenomyosis externa* musimy przyjąć teorję Sampsona — transportu trąbkowego cząstek błony śluzowej macicy, lub też teorję R. Meyera — powstawanie tych tworów z metaplazji przybłonka otrzewnowego pod wpływem bodźców zapalno-hormonalnych.

Objawy choroby są naogół małotypowe. Tylko sumienna obserwacja chorych może naprowadzić na właściwe rozpoznanie. Najłatwiej dają się rozpoznać przypadki *adenomyosis* w bliźnie pooperacyjnej, w pęcherzu moczowym lub prostnicy, ze względu na występujące okresowe krwawienia nazewnątrz podczas miesiączki. Dla innych postaci charakterystycznemi są bóle miesiączkowe, nierzadko przybierające postać podrażnienia otrzewnej, zwłaszcza w *adenomyosis externa,* oraz obfite i częste miesiączki, które znów silnie występują w przypadkach *adenomyosis interna.* Bardzo niekorzystne jest usadowienie się sprawy chorobowej między macicą a prostnicą, gdyż nierzadko dochodzi wtenczas do znacznego zwężenia kiszki.

Ważną rzeczą dla rozpoznania jest zupełny brak efektu po leczeniu zachowawczem, ba nawet stałe pogarszanie się objawów chorobowych.

Leczniczo wchodzi w grę albo wytrzebienie rentgenowskie, albo, co szczególnie zaleca autor u osób młodych, zabieg operacyjny. Podczas operacji należy dążyć do radykalnego usunięcia wszystkich miejsc schorzałych, w przeciwnym bowiem razie może wystąpić nawrót. Operacja jeszcze z jednego względu jest wskazaną. Otóż doświadczenie autora wykazało, że *adenomyosis,* chociaż choroba ta jest sama w sobie dobrotliwą, jednakowoż może być powodem powstania raka, jak to nastąpiło w jednym przypadku autora.

J. Lenczowski (Lwów).

O leczeniu eklampsji na podstawie 11-letniego doświadczenia. GEORG BUD. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 92. Z. 1—2.

W rozważanie wchodzi 130 przypadków drgawek ciążowych, porodowych i połogowych. Postępowanie jest zależne, prócz ciężkości przypadku, jeszcze i od czasu wystąpienia pierwszych objawów choroby. Drgawki ciążowe, lub na początku porodu wymagają najszybszego rozwiązania — najlepiej zapomocą cięcia cesarskiego. Pod koniec pierwszego okresu porodowego wchodzi w rachubę przedewszystkiem postępowanie czysto zachowawcze — autor stosuje tu z powodzeniem leczenie metodą S t r o g a n o f f a - Z w e i f l a. W razie pogorszenia się stanu rodzącej należy ją rozwiązać, — i tu wykonuje autor albo cięcie cesarskie, albo obrót na nóżkę, albo też wymóżdżenie główki płodu. O ile główka znajduje się na dnie miednicy, to nawet w drgawkach bardzo lekkich zakłada autor kleszcze. Drgawki połogowe wymagają oczywiście tylko leczenia zachowawczego. W wyjątkowych przypadkach zachodzi potrzeba dekapsulacji nerki.

Bardzo ważną rzeczą jest zapobieganie zatruciom ciążowym, co wchodzi w zakres należycie zorganizowanej opieki lekarskiej nad ciężarnemi.

J. Lenczowski (Lwów).

„Kanał skośny" w przypadkach cięcia cesarskiego podejrzanych o zakażenie. ERNST HOLZBACH (Mannheim). Zbl. f. Gyn. Nr. 20. 1933.

Autor stwierdza, że ilość ogłoszonych przypadków „przetoki Sellheima" jest nikła. Jako jeden z najstarszych uczniów Sellheima i pierwszy asystent z okresu wprowadzenia tej metody operacyjnej twierdzi, że wykonał tę operację jeden raz. Autor proponuje swoją modyfikację metody Sellheima dla przyp. wątpliwych. podejrzanych o zakażenie, pozostawiając stosowanie „przetoki" dla przypadków niewątpliwie zakażonych. Modyfikacja ta czyni zbędną powtórną operację i wzorowana jest na przetoce żołądkowej Witzela.

Po otwarciu jamy macicy cięciem podłużnem, wydobyciu płodu i łożyska, zaszywa się jamę macicy szwami węzełkowemi, pozostawiając mały otwór w górnym brzegu cięcia. Przez ten otwór wprowadza się dren gumowy grubości palca do jamy macicy, drugi koniec drenu wyprowadza się przez powłoki nazewnątrz. Środkowa część drenu przebiega na linji szwu macicznego, a nad nim zeszywa się mięśnie, chwytając jednocześnie mięsień macicy tak, że dren leży w kanale mięśniowym długości 6—8 cm.

Autor przytacza opis przypadku łożyska przodującego u 48-letniej wieloródki z położeniem płodu poprzecznem, ciepłotą 37,8°, operowanego powyższą metodą.

Przez dren wydobywały się obfite krwawe odchody do 3-ch dni. Na 7 dzień po operacji usunięto dren bez trudności. Otwór w powłokach zostaje otwarty jeszcze kilka dni. Na 17 dzień po operacji pacjentka opuściła Klinikę. Przy tym sposobie zapobiegamy zatrzymaniu się odchodów i w każdej chwili możemy jamę macicy przepłókać. Izolowanie jamy macicy przez zeszycie otrzewnej ściennej z surowicówką macicy nie jest konieczne i zależy od decyzji operatora w poszczególnym przypadku.

M. Segal (Lwów).

Zabieg Kristellera. W. FLESSA. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 92. Z. 1—2.

Autor jest gorącym propagatorem zabiegu Kristellera, który zdaniem jego niesłusznie bywa zarzucany. Należy tylko ściśle trzymać się pewnych warunków, od których zależy efekt. Warunkami temi są — ujście zupełnie rozwarte, pęcherz pęknięty, główka conajmniej w cieśni, skurcze macicy mogą być słabe, ale powinny być wyraźnie zaznaczone. Zabieg wykonuje się dwuręcznie na szczycie bólu porodowego. U pierwiastek wskazanem jest nacięcie krocza. Żadnej szkody po tym zabiegu ani u płodu, ani u matek autor nie spostrzegał. Przeciwnie, uważa ten zabieg za więcej fizjologiczny, niż kleszcze, a w wielu wypadkach prowadzący szybciej do porodu, niż każda inna operacja pochwowa. Następuje szczegółowa analiza 100 przypadków zabiegu Kristellera. *J. Lenczowski* (Lwów).

Operacyjne leczenie przepuklin pępowinowych. F. LUDWIG. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. T. 105, z. 2, 1933.

Na mocy trzech własnych przypadków przepuklin pępowinowych oraz zebranego piśmiennictwa dochodzi autor do wniosku, że: 1) Konserwatywne leczenie kompresami alkoholowemi da się jedynie tam przeprowadzić, gdzie przepuklina jest już zakażona i nekrotyczna, a operacja już nie uchroni od zakażenia otrzewnej. 2) Świeże przypadki należy operować jaknajwcześniej. 3) Rokowanie jest tem lepsze, im wcześniej dokonano zabiegu. 4) Rokowanie jest wówczas najlepsze, gdy dziecko urodzone na sterylizowany kompres natychmiast zostaje poddane operacji.

Zb. Rychłowski (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie.

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a z dnia 7. stycznia 1933 r.
Przewodniczy: wice-prezes kol. B a t a w i a.

I. Kol. S z a n i a w s k i pokazał rzadki przypadek owrzodzeń gruźliczych gardzieli i krtani u 6-letniej dziewczynki.

Chorą przywieziono do szpitala, jako podejrzaną na błonicę, z nalotami na migdałkach. Wywiad, z którego okazało się, że dziecko dopiero przed 5 tygodniami chorowało na błonicę i było leczone surowicą swoistą, oraz silne wycieńczenie ogólne wzbudziły podejrzenie, że naloty te nie są pochodzenia błoniczego. Ponieważ dziecko było w styczności z chorą na gruźlicę, przeprowadzono badania w tym kierunku. Odczyny Pirquet'a i Mantoux

były ujemne. Natomiast w plwocinie i nalotach z migdałków wykryto liczne prątki Koch'a. Badanie gardzieli wykazało na tylnych łukach z obu stron owrzodzenia o brzegach zygzakowatych i podminowanych z gruzełkami na peryferji. Badanie laryngoskopiczne wykazało nacieki na strunach głosowych i nagłośni.

W dyskusji: Kol. Szwedowski zwraca uwagę na mało zaznaczoną bolesność, wówczas gdy zwykle bolesność ta w gruźlicy krtani bywa zaznaczona bardzo wybitnie. Ujemny odczyn Pirquet'a wskazywałby na silne wyczerpanie organizmu i utratę odporności, a więc bardzo złe rokowanie. Kol. Batawia (streszcz. własne) sądzi, iż w przypadku tym można myśleć o zakażeniu mieszanem i należy przeprowadzić również badania co do kiły. Wogóle gruźlica gardzieli i krtani u małych dzieci należy do spraw bardzo rzadkich. Gruźlica krtani u dorosłych występuje przeciętnie w 30% zajęcia płuc (podług autorów od 13,8% — 60%). Natomiast nadzwyczaj rzadko występuje gruźlica krtani u dzieci poniżej lat 15. Podług Heinze'go częstość gruźlicy krtani u dzieci stanowi 2—3%; podług Fröbeliusa 2 — 4%. Podług Rauchfosa gruźlica krtani przed 3. rokiem życia występuje bardzo rzadko, od 10 roku natomiast częściej. Jeszcze rzadziej występuje gruźlica gardzieli (podług rozmaitych autorów od 0,07% do 1,5%, przeciętnie 1%). Dzieci i starcy zapadają na gruźlicę gardzieli wyjątkowo rzadko; notowano zaledwie pojedyncze przypadki.

II. Kol. Kagan pokazał 2 chorych z guzem śledziony.

Kol. K. zaznacza, że o ile rozpoznanie śledziony leukemicznej z charakterystycznemi zmianami we krwi nie nasuwa większych trudności, o tyle w innych guzach śledziony niejednokrotnie rozpoznanie bywa dość trudne.

Pierwszy przypadek. Chory lat 38, żonaty od 10 lat, czuje się chorym od 2 tygodni, uskarża się na ogólne osłabienie, brak łaknienia i uczucie ciężaru w jamie brzusznej, od 2 tygodni ma też wysypkę na ciele. Przed 10 laty miał owrzodzenie na członku, leczył się u felczera środkami wewnętrznemi, owrzodzenie zagoiło się i czuł się zawsze zupełnie zdrowym. Żona w ciążę nie zachodziła. Przy badaniu stwierdzono: wysypka plamista i grudkowa o zabarwieniu miedziano-różowem na twarzy i klatce piersiowej; powiększone gruczoły chłonne na szyi, w pachwinach i przegubach łokciowych; duża, twarda i gładka śledziona, sięgająca poniżej pępka; wątroba niepowiększona; serce i płuca bez zmian; badanie krwi morfologicznie odchyleń od normy nie wykazuje; odczyn Wassermanna (++++); badanie moczu przed kuracją wykazuje 4—11‰ białka, po kuracji 0,2—0,3‰, w osadzie wałeczki szkliste i pojedyncze woskowe; próba z czerwienią Kongo oraz funkcjonalne badanie nerek wykazało skrobiawicę nerek. Rozpoznano kiłę, w przebiegu której powstała duża śledziona i zmiany w nerkach. W przebiegu kiły spotykamy następujące zmiany śledziony: a) bardzo rzadko występujące kilaki, b) obrzęk śledziony, który może wystąpić jako ostry obrzęk śledziony bardzo wczesny przed wystąpieniem objawów 2-go okresu (analogicznie do powiększenia śledziony przy innych chorobach zakaźnych z tą różnicą, że bez leczenia obrzęk utrzymuje się bardzo długo); przewlekłą formę obrzęku — *splenitis interstitialis luetica,* który histologicznie nie różni się od podobnych obrzęków w marskości wątroby i chorobie Bantiego.

Kiła nerek przebiega w postaci ostrej lipoido-nefrozy, która przy odpowiedniem leczeniu może ustąpić całkowicie, lub przechodzi w nieuleczalną marskość nerek; kiła nerek może od samego początku przebiegać w postaci marskości; pamiętać też należy o skrobiawicy nerek, która może wytworzyć się w następstwie kilaków w różnych narządach.

Co się tyczy omawianego przypadku, to nie wykluczając skrobiawicy, należy jednak przypuszczać istnienie procesu swoistego w samej śledzionie, a mianowicie *splenitis interstitialis luetica.* Przypadek ten zasługuje na uwagę i z tego względu, że objawy 2-go okresu na skórze wystąpiły po 10 latach od zakażenia. Jest to t. zw. przypadek „kiły opóźnionej". Raul Bernard podaje, iż może się zdarzyć, że w kile 1-go okresu, leczonej jednorazowo i niedostatecznie, objawy kiły 2-go okresu nie występują, ulegając niejako utajeniu w organiźmie, lecz nawet po szeregu lat mogą one wybuchnąć z całą gwałtownością; widocznie leki stosowane w tych przypadkach wystarczają do utrzymania krętków w stanie utajenia, lecz nie są dostateczne do ich zabicia. Rokowanie w tych przypadkach jest szczególnie niepomyślne, gdyż organizm jest pozbawiony odporności, jaką wytworzyłaby się przy naturalnym przebiegu schorzenia. *Splenitis interstitialis* pod wpływem leczenia swoistego nie cofa się (streszczenie własne).

Drugi przypadek — guz śledziony na tle białaczki szpikowej.

III. Kol. Batawia wygłosił wspomnienie pośmiertne o kol. Koniecpolskim, zmarłym w dniu 30. XII. 1932 r. w wieku 46 lat. Zmarły Kolega cieszył się wśród miejscowego społeczeństwa dużem zaufaniem i miał rozległą praktykę, dzięki temu, że posiadał specjalny dar umiejętnego traktowania chorych. Przez długi czas był on kierownikiem szpitala chorób zakaźnych i ogłosił szereg artykułów z dziedziny chorób zakaźnych:

1. O działaniu zastrzyków podskórnych 5% roztworu karbolu w durze wysypkowym. 2. O wartości prognostycznej odczynu Widal'a w przebiegu duru brzusznego w 1929 r. 3. Nadciśnienie samoistne, jako cierpienie często spotykane u żydów. 4. O epidemji dysenterji w Częstochowie w r. 1916. 5. O szczepionkach przeciwtyfusowych. 6. W sprawie późnego stosowania surowicy swoistej w błonicy. Pamięć zmarłego Kolegi uczczono przez powstanie.

IV. Kol. Frenkenberg wygłosił wspomnienie pośmiertne o prof. J. Babińskim.

Sekretarz: *Adam Borkowski.*

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie i Warsz. Oddz. Polskiego Towarzystwa Anatomiczno-zoologicznego.

Protokół Nadzwyczajnego posiedzenia naukowego z dnia 19. września 1933 r.

1. Kol. Prezes wita obecnych gości Profesorów A. I. Abrikosowa, Ławrentjewa i Bagdasarowa.

2. Prof. Dr. med. A. I. Abrikosow (Moskwa) wygłosił odczyt „O nowotworach niedojrzałych tkanki mięsnej poprzecznie prążkowanej" (streszczenie własne).

Do ostatniego czasu wiedziano, że z tkanki mięsnej poprzecznie prążkowanej mogą rozwijać się nowotwory na tle wadliwości rozwoju wspomnianej tkanki; są to zazwyczaj nowotwory mieszane. Oprócz tego znano jeszcze nowotwory nazwane mięśniakiem z komórek poprzecznie prążkowanych *(rhabdomyoma).*

W roku 1925 Abrikosow wyodrębnił na podstawie 5 spostrzeganych przypadków jeszcze jeden rodzaj nowotworów z tkanki mięsnej poprzecznie prążkowanej zbudowanych i z nietypowych myoblastów Godlewskiego. Nazwał on ten rodzaj nowotworu „mięśniakiem zbudowanym z myoblastów" *(myoma e myoblastis).* Dalsze prace autorów rosyjskich, francuskich, angielskich i niemieckich potwierdziły spostrzeżenia Abrikosowa.

W roku 1931 Abrikosow opisał jeszcze 7 przypadków tego rodzaju nowotworów, omawiając szczegóły ich budowy histologicznej.

Na podstawie opisanych dotychczas 45 przypadków mięśniaków zbudowanych z myoblastów należy stwierdzić, że:

1. Z poprzecznie prążkowanej tkanki mięsnej mogą rozwijać się nowotwory zbudowane z myoblastów i zasługujące na nazwę „mięśniaka z myoblastów",

2. Znaczna część tych nowotworów (skóra, dziąsła i t. d.) powstaje na tle wadliwości rozwoju tkanki mięsnej poprzecznie prążkowanej, pozostałe rozwijają się na tle odnowy *(regeneratio)* tej tkanki.

3. W 75% przypadków nowotwór ten rozwija się w narządach szyi i jamy ustnej; w 58% przypadków umiejscawia się w języku.

4. ²/₃ przypadków mięśniaka z myoblastów opisano u mężczyzn w wieku 20—40 lat.

5. wielkość nowotworu rzadko wynosi 1,5 cm średnicy, opisano jednak przypadki wielkości 8 × 5 cm. (Abrikosow) i 16 × 14 cm. (Keynes)

6. Przebieg mięśniaka, zbudowanego z myoblastów, jest łagodny; przeistoczenie w mięsaka zdarza się wyjątkowo rzadko (Meyenburg, Becker).

3. Prof. Dr. med. B. I. Ławrentjew (Leningrad) wygłosił odczyt p. t. *„Morfologja i mikrofizjologja mechanizmów inerwacyjnych (synapsów)"*, (streszczenia nie nadesłał).

Sekretarz Doroczny: *Karol Chodkowski.*
Prezes: *Ludwik Paszkiewicz.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia z dnia 3 października 1933 r.

1. Kol. Higier H., członek T-wa, przedstawił *„Przypadek padaczki na tle zaburzeń wydzielania wewnętrznego".*

34-letnia akromegaliczka. Od półtora roku napady kilkuminutowe zaburzeń wzrokowych w bardzo nieregularnych odstępach z przelotnem zamroczeniem, ściskaniem w gardle i uczuciem lęku przy każdym ruchu. Łyk wody przerywa napad.

Rzadziej napady bólów w prawem ciemieniu. Zaburzenia wzrokowe powstają stopniowo w postaci powiększenia *(makropsia)* i oddalenia się osób i przedmiotów, jednocześnie chora słyszy wszystko nad wyraz głośno *(hyperakusis).*

Traktować należy te napady stereotypowe chorej akromegaliczki jako równoważnik padaczki. O ile pod padaczką wzrokową, której podłoża usadawiają się w *fissura calcarina* w *cuneus occi-*

pitalis, rozumiemy napadowe wystąpienie fosfenów, gwiazd, kół barwnych, halucynacyj optycznych, o tyle w danym wypadku ma się raczej do czynienia z zaburzeniami w obrębie ruchowym mięśni konwergencji i akomodacji, lokalizujących się w pobliżu sfery psychomotoryjnej mózgowia. Hiperakuzja i zaburzenia napadowe w zmyśle kinestetycznym kończyn mogą być następstwem złudzeń słuchowych i wzrokowych, gdy pacjent słyszy bardzo wyraźnie mowę pozornie bardzo odległych osób i minimalnym ruchem ręki lub nogi dosięga tychże osób.

Z grupy ekwiwalentów padaczki: ruchowych, czuciowych, zmysłowych, psychicznych demonstrowana chora należy najprawdopodobniej do pierwszych dwóch, przyznać bowiem należy, że złudzenie napadowe co do wymiaru niezbędnej siły akomodacji lub konwergencji, według której orjentujemy się o odległości, wielkości, perspektywie i głębokości, może być uwarunkowane zarówno angiospazmem przemijającym w aparacie ruchowym jakoteż czuciowym, gdy „fałszywie" pracują. Wstrząs psychiczny, połączony z lękiem, tłumaczy się nagłem powstawaniem i znikaniem niesamowitego złudzenia optyczno-akustycznego.

Wobec tego, że chora niepokojona ciągle przykremi napadami domaga się ewentualnie interwencji chirurgicznej, należy ściśle określić tło, siedlisko i naturę zachorzenia. Jest to *epilepsia motorico-sensorialis tarda*, pozornie *genuina*, ale zależna najprawdopodobniej od choroby przysadki *(adenoma pituitarium)*. Brak ogólno uciskowych objawów i miejscowych *(diabetes insipidus, hemianopsia bitemporalis)*, wyklucza mimo napadowych bólów w okolicy prawego ciemienia, złośliwą sprawę przysadki z ewentualnym przerzutem do mózgu. Należy raczej przypuszczać padaczkę natury wewnątrzwydzielniczej, postać nozologiczną, której prawa obywatelstwa w obrębie wszystkich gruczołów dokrewnych broniłem przed laty na zasadzie studjów w zakresie neuro-endokrynologji (Z nowszych poglądów na padaczkę. Pol. Gaz. Lek. 1924. 3).

Zgodnie z leczeniem przyczynowem są narazie wskazane: serja naświetlań przysadki, preparaty organoterapeutyczne i luminal. Przypadek zasługuje na uwagę jako: 1) rzadki bardzo ekwiwalent padaczki, 2) dającej się przerwać łykiem zimnej wody, 3) będącej natury dokrewnej i 4) manifestującej się w niezwykłych objawach optyczno-akustycznych.

2. Kol. Zaorski J., członek T-wa, omówił: *„Dzieje chorego po operacji Woronowa"*. (Pojawi się w P. G. L. Nr. 5.).

Autor przedstawia historję chorego operowanego w myśl sposobu Woronowa. W roku ubiegłym zgłosił się chory, któremu wskutek gruźlicy najądrzy i jąder wycięto zupełnie narządy płciowe. W pół roku potem wystąpiły objawy „zespołu kastracyjnego", wobec tego chory poddał się leczeniu zachowawczemu zapomocą „psychoterapji dofobijnej" wraz z wstrzykiwaniami masywnemi wyciągów jądrowo-najądrowo-sterczowych.

Stan chorego poprawił się do tego stopnia, że chory się ożenił. Uzyskana w ten sposób poprawa minęła w parę tygodni, a chory popadł w stan apatji. Wtedy zgłosił się powtórnie w celu przeszczepienia jądra małpiego. W marcu r. 1933 wykonano zabieg. Polegał on na przeniesieniu z małpy jednego jądra, które odpowiednio przycięte, wszczepiono do resztek worka mosznowego. Chory zabieg zniósł świetnie i po 10 dniach opuścił lecznicę. Wiadomości co do stanu chorego przesłane listownie, następnie wizyta chorego i sprawozdania lekarza domowego brzmią dotychczas entuzjastycznie.

Autor podaje komunikat o chorym dlatego dopiero po upływie pół roku, by uniknąć autosugestji w ocenie osiągniętych wyników. Z drugiej strony autor stara się podkreślić stronę fizjologiczną eksperymentu, który zdaje się przemawiać za przyjęciem się przeszczepu w warunkach dla niego obcych a następnie za wytwarzaniem i wydzielaniem hormonów, których kastrowany ustrój chorego był przejściowo pozbawiony.

W dyskusji: Kol. Kryński L., członek T-wa, zwraca uwagę na odmienne działanie przeszczepu: w operacji Woronowa przeszczep uczynnia zanikające jądro, natomiast w przedstawionym przypadku zastępuje jądro usunięte spowodu gruźlicy. Wątpi, czy wynik leczniczy będzie stały, gdyż ustrój najprawdopodobniej usunie przeszczep, jako ciało obce, drogą wessania.

Kol. Słonimski P., członek T-wa, omawia istotę starości i stwierdza, że nie zależy ona wyłącznie od gruczołów płciowych, lecz jest wynikiem zmian we wszystkich gruczołach wydzielania wewnętrznego. Zmiany te jednak nie są przyczyną pierwotną starości. W metodach Steinacha i Woronowa chodzi o pobudzenie zanikających gruczołów wydzielania wewnętrznego. Wynik leczniczy jest lepszy w metodzie Woronowa i trwa około 4—5 lat.

Kol. Higier St. jun. sądzi, że w przedstawionym przypadku miał duże znaczenie czynnik psychiczny, lecz on sam nie wystarczał do wywołania tak znacznych zmian w ustroju.

Kol. Zaorski J., członek T-wa, uważa, że nie należy rezygnować z wszczepiania jąder małpy, jeżeli przez to możemy osiągnąć pomyślny wynik na przeciąg 3—4—5 lat. Podaje, że skutki zabiegu Steinacha przemijają już po paru miesiącach. Obustronne zaś podwiązanie sznurka nasiennego może stać się niebezpieczne, natomiast zabieg Woronowa można powtarzać.

3. Kol. Leśniowski A., członek T-wa, i Kol. Tokarski St. wygłosili odczyt p. t.: *„O zastosowaniu krzywej ciśnienia krwi do celów rozpoznawczych"*.

Chcąc odpowiedzieć na pytanie, czy drażnienie zdrowych narządów jamy brzucha i chorych daje jednakowe odchylenie krzywej ciśnienia krwi, a jeżeli nie jednakowe, to czy można te różnice zużytkować do rozpoznawania niektórych schorzeń narządów jamy brzucha, autorowie wykonali szereg badań, które dały następujące wyniki. Podczas gdy drażnienie organów zdrowych daje w olbrzymiej większości przypadków odchylenie równe 0 lub 5 mm, to drażnienie narządów chorych odwrotnie daje w olbrzymiej większości przypadków odchylenie od 15 mm do 25 i więcej mm, więc oczywiście różnicę tę można wyzyskać do celów rozpoznawczych, z tem zastrzeżeniem, że w chwili badania osobnik nie powinien być pod wpływem znieczulenia czyto zapomocą lodu, czy morfiny lub pantoponu.

W dyskusji: Kol. Modrakowski J., członek Twa. Podniesienie ciśnienia krwi przy badaniu chorych narządów jamy brzusznej może przedewszystkiem być powodowane przez ból; lecz niezależnie od bólu odczuwanego przez chorego mogą wystąpić wahania ciśnienia krwi wskutek odruchów przebiegających z chorego narządu na drodze nerwów wegetacyjnych, a także wskutek wzmożonego wydzielania adrenaliny. Obniżenie ciśnienia wskutek badania chorego narządu jest w każdym razie ciekawsze od powiększenia. Podczas gdy normalnie drażnienie nerwów naczynioruchowych wywołuje zwężenie naczyń, występuje w pewnych okresach narkozy ogólnej, zwłaszcza chloroformowej, oraz pod wpływem wysokiej lub niskiej temperatury obniżenie pobudliwości nerwów zwężających względnie podwyższenie pobudliwości nerwów rozszerzających naczynia; wskutek tego bodziec, wywołujący zwykle wzrost ciśnienia, powoduje w tych warunkach obniżenie. Taką zmienioną wrażliwością nerwów naczynioruchowych można objaśnić spadek ciśnienia krwi, występujący dość wyraźnie w niektórych krzywych autorów.

Kol. Michalski Zdz., członek T-wa uważa, iż: 1) absolutnie nie można się opierać w badaniach doświadczalnych na pomiarach ciśnienia maksymalnego, które z natury swej jest zmienne i szczególnie podlega wpływom nerwowym; tylko stwierdzenie zmiany wielkości ciśnienia minimalnego mogłoby wpłynąć przekonywująco; 2) jak już kol. Modrakowski zaznaczył, wiadomem jest, iż ból wzmaga ciśnienie maksymalne; stąd też ucisk wywołujący ból w zasadzie musi podnieść ciśnienie maksymalne, bez względu na to, gdzie jest miejsce bólu; trudno więc byłoby przyjąć proponowany sposób badania za metodę badania specjalnie jamy brzusznej. Potwierdzają to i spostrzeżenia prelegentów, iż po środkach uśmierzających ból (okłady, morfina) podniesienie ciśnienia nie następowało.

W dalszym ciągu przemawiali: Kol. Hrom M., Kol. Szokalski K.

Kol. Leśniowski A., członek T-wa, stwierdził w kilkuset wykresach równoległość krzywej ciśnienia najwyższego i najniższego, dlatego też w dalszych badaniach oparł się tylko na zachowaniu się krzywej ciśnienia najwyższego. Zależności od stanu nadciśnienia i podciśnienia nie zauważono. Badania te mają znaczenie rozpoznawcze, gdyż często istnieje ból mimo braku objawów chorobowych, ale bywa i tak, że istnieje stan chorobowy bez bólów. W innych razach zachowanie się krzywej ciśnienia pozwala wnioskować o istnieniu stanu chorobowego.

4. Kol. Trojanowski A., przedstawił: *„Przyczynki do etjologii krzywej szyi pochodzenia mięśniowego"*.

Dotychczasowe badania nie wyjaśniły jeszcze przyczyny powstania krzywej szyi zależnej od zwłóknienia mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego. Zwłóknienie mięśnia uważają jedni za sprawę wrodzoną, inni za następstwo urazów w czasie porodu. W ubiegłym roku znalazłem 2 przypadki sekcyjne zwłóknienia mięśnia mostkowo - obojczykowo - sutkowego u 13-dniowego i 36-dniowego dziecka. Matki obojga dzieci były pierwiastkami, dobrze zbudowanemi i zupełnie zdrowemi. Wymiary brzucha matek przed porodem prawidłowe. Ilość wód płodowych prawidłowa. W przypadku u dziecka 13-dniowego poród pośladkowy z pomocą ręczną. Na sekcji znalazłem wylew krwi pod oponą twardą i zwłóknienie prawego mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego. W obrazie mikroskopowym mięśnia widać rozpad włókien mięsnych, rozrost tkanki łącznej, która nie posiada jeszcze włókien sprężystych, wylewy krwi i ziarna hemosyderyny wewnątrz komórek żernych. W przypadku u 36-dniowego dziecka poród

główkowy, siłami natury. Na sekcji obustronne zapalenie odoskrzelikowe płuc i zwłóknienie prawego mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego. W tkance łącznej rozrastającej się w mięśniu obecne włókna sprężyste. Ziarna hemosyderyny leżą pozakomórkowo. W obu przypadkach odczyn Bordet-Wassermanna ujemny. Barwienia na krętki blade i prątki Kocha ujemne.

Zmiany w mięśniu mostkowo-obojczykowo-sutkowym są następstwem urazu w czasie porodu. Za urazem przemawia ciężkość obu porodów (matki pierwiastki, wylewy podoponowe krwi), wylewy krwi do mięśni, obecność hemosyderyny. Czas rozpoczęcia procesu patologicznego, sądząc z zachowania się hemosyderyny włókien sprężystych w tkance łącznej, odpowiada momentowi porodu. Przeciw wrodzonemu powstaniu choroby przemawiają prawidłowe wymiary brzucha obu matek przed porodem i prawidłowa ilość wód płodowych, co przeczy istnieniu „specjalnie ciasnej macicy". Zdrowie obu matek przeczy również istnieniu innych czynników np. zapalnych, mogących działać na płód w łonie matki.

W dyskusji przemawiali: Kol. Leśniowski A., Kol. Sławiński Zdz. Kol. Trojanowski A. podaje, że torebka była całkowicie zbliznowaciała i bardzo mocno zrośnięta z mięśniem.

Sekretarz Doroczny: *Karol Chodkowski.*
Prezes: *Ludwik Paszkiewicz.*

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół Zebrania naukowego z dnia 11 czerwca 1933 roku.

Zebranie odbywa się w Zakładzie dla dzieci z gruźlicą kostno-stawową im. Dr. K. Dłuskiego w Siewierzu.

Zebranie otwiera Prezes T-wa Kol. K. Suchodolski i oddaje głos dyrektorowi Zakładu Kol. Gawlikowi. Kol. Gawlik udziela ogólnych wiadomości z rozwoju szpitala od czasu powstania, t. j. 1926 r. do 1933 r. i stwierdza potrzebę powstania tego Zakładu dla potrzeb Zagłębia Dąbrowskiego. Zakład uruchomiony w pierwszym roku istnienia na 24 łóżek, w dwu ostatnich latach ma 75 łóżek dla chorych i to jest mało dla potrzeb Zagłębia. Stan chorych w dniu dzisiejszym: 10 z gruźlicą kości, stawu, 1 z gruźlicą gruczołów szyjnych i 2 chorych niegruźliczego pochodzenia. Na 73 wszystkich chorych przypada 36 z gruźlicą kręgosłupa, 16 stawu biodrowego, 4 kolanowego, pozostała ilość — 14 obejmuje inne lokalizacje. Dla celów diagnostycznych Zakładu — posiada aparat Roentgena „Victor" mod. D. Schock Pr. i pracownię kliniczną, dla celów leczniczych — 2 lampy kwarcowe, salę operacyjną i opatrunkową, werandę otwartą do południa. Na miejscu jest prowadzona szkoła i przedszkole. Pod względem gospodarczym i finansowym Zakład jest autonomiczny i samowystarczalny, posiada własną elektrownię, wodociąg, pracownię aparatów ortopedycznych, wystarczających dla swoich potrzeb. Budunek skanalizowany, ma ciepłą wodę. Miejscowość sucha, gleba przepuszczalna, Zakład otoczony jest od północy i zachodu lasem sosnowym. Lekarzy dwóch stałych i trzeci dojeżdża chirurg-konsultant.

Następnie odbył się pokaz całego szeregu chorych dzieci na gruźlicę kręgosłupa z ropniami opadowemi w pełnym rozwoju aż do wyleczenia. Omówione było postępowanie lecznicze z pokazami rentgenogramów i wykresów odczynu Biernackiego, czas trwania choroby. Przypadki należały do kategoryj ciężkich, zniszczenie obejmowało 2, 3, 4 trzony z ropniami opadowemi.

W dyskusji zabierali głos: Kol. Prezes Suchodolski w sprawie, czy i kiedy punktować ropnie zimne opadowe w jamie brzusznej i czy punkcje ropni skracają okres resorbcji i trwania choroby.

Kol. Sz. Starkiewicz zaznaczył, że nie jest chirurgiem, a pedjatrą, stwierdza, że w Busku na Górce punktują wszystkie ropnie zimne dostępne i mają krótszy czas leczenia.

Kol. Wołkowicz podkreśla, że odstąpienie od zasady *„ubi pus, ibi evacua"* przy gruźlicy kostno-stawowej daje lepsze wyniki, jak trzymanie się tej zasady. Referent w odpowiedzi zaznaczył, że zastosowanie rygorystycznego unieruchomienia przy gruźlicy kręgosłupa najczęściej wystarcza do samowyleczenia się ropnia zimnego. Prelegent stoi na stanowisku, by punktować ropnie zimne i leżące na talerzach biodrowych u dzieci jedynie, które mogłyby grozić otwarciem nazewnątrz. W piersiowej okolicy w Zakładzie w Siewierzu nie było przypadku punkcji ropni zimnych. Przy takiem postępowaniu czas resorbcji i trwania choroby nie przedłuża się, a zmiany anatomo-patologiczne przechodzą swój zwykły normalny cykl rozwojowy. Co się tyczy badania krwi na odczyn Biernackiego metodą Petschel'a, to wyniki stosowania tej metody są zadawalniające, metoda łatwa w wykonaniu, czasu niewiele wymaga, gdyż odrazu się robi 8 do 10 chorym, co wymaga razem około $3^1/_2$ godziny.

W dalszej dyskusji zabierali głos: Kol. Szaniawski i Kol. Kotarski.

Dalej odbył się pokaz klinicznie wyleczonych przypadków *tbc.* kręgosłupa w okolicy piersiowej i lędźwiowej z pokazem rentgenogramów i wykazów opadania cz. c. krwi — OB. oraz innych przypadków gruźlicy stawów.

Zebranie zakończono obchodem chorych na salach i zwiedzaniem Zakładu.

Sekretarz: (—) *Dr. F. Sztuka.*
Prezes: (—) *Dr. K. Suchodolski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

20. XII. 1933 odbył się w audytorjum zakładów farmaceutycznych U. W. inauguracyjny wykład nowomianowanego profesora chemji farmaceutycznej dra Osmana Achmatowicza.

Dyrektorem szpitala powszechnego w Stanisławowie mianowany został dr. Jan Kochaj.

Prof. B. Zondek po opuszczeniu Niemiec został mianowany konsulentem ginekologicznym Szpitala żydowskiego w Manchester.

Zmarli.

Dr. Mieczysław Kościński ped., lek. Kasy Chorych zmarł dnia 23. XII. u. r. w Warszawie, w wieku 47 lat.

Dr. Jan Beliwar Węgrzyński, emer. pułk.-lekarz zmarł dnia 22. XII. u. r. we Lwowie, w wieku 74 lat.

Dr. Henryk Kon, lekarz ch. wewnętrznych, honorowy członek Łódzkiego Tow. Lekarskiego, zmarł w wieku 80 lat.

W dniu 16. stycznia b. r. po długiej chorobie zmarł w Częstochowie Dr. Karol Rożkowski, wybitny i zasłużony lekarz, prezes Tow. Lekarskiego miejscowego, członek Honorowy Tow. lekarskich Wileńskiego, Lwowskiego, Lubelskiego, Zagłębia Dąbrowskiego i Częstochowskiego. W dniu 19 odbył sie uroczysty pogrzeb przy gremjalnym udziale kolegów lekarzy; przemówienia żałobne wygłosili Koledzy: Batawia w im. Tow. lekarskiego, Łokczewski — w im. Związku lekarzy, Kotarski w im. Tow. lek. Zagłębia Dąbrowskiego, Szaniawski — w im. Tow. Przeciwgruźliczego i St. Kon w im. TOZU.

Dr. Władysław Mikucki, ginekolog zmarł w Stanisławowie w 63 roku życia.

Jan Cantacuzène, prof. medycyny doświadczalnej na uniwersytecie w Bukareszcie, dyrektor rumuńskiego instytutu wytwarzania surowic i szczepionek, b. minister zdrowia, wielce zasłużony około spraw zdrowotnych Rumunji mikrobiolog i epidemjolog, zmarł w wieku 70 lat w Bukareszcie.

Prof. Ernest Romberg, dyrektor kliniki lekarskiej w Monachjum, zmarł w wieku 68 lat.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Dnia 29 listopada 1933 odbyło się walne zebranie Sekcji Uzdrowiskowej Związku Lekarzy Państwa Polskiego (Obwód Lwów).

Po przedstawieniu sprawozdania zarządu przez kol. Karczyńskiego wybrano nowy zarząd w następującym składzie: przewodniczący kol. gen. Zieliński Ignacy (Truskawiec), zast. przew. kol. Wallach Zygmunt (Iwonicz), sekretarz kol. Karczyński Aleksander (Niemirów) oraz członkowie zarządu kol. Halpern Filip (Lubień) i kol. Wachnianin Miron (Morszyn).

Sekretarjat sekcji mieści się u kol. Karczyńskiego Lwów Wałowa 23.

Towarzystwo Popierania Nauk Farmaceutycznych w Krakowie urządziło 16. XII. 1933. uroczysty obchód 150-lecia nauk farmaceutycznych na Uniwersytecie Jagiellońskim. Po szeregu przemówień oficjalnych wygłosił prof. W. Szumowski odczyt p. t. „Katedra Farmacji i Materji Medycznej w Krakowie za Komisji Edukacyjnej".

Posiedzenie Tow. Lek. Łódzkiego odbyło się dnia 3. stycznia 1934 r. Kol. A. Kunicki: Ból w świetle nowych badań anatomiczno-fizjologicznych. 2. Doroczne posiedzenie administracyjne. 1. Sprawa nadania godności Członka Honorowego kol. B. Mikłaszewskiemu, B. Handelsmanowi i H. Konowi z okazji 50-lecia otrzymania dyplomu lekarskiego. 2. Sprawozdania roczne Sekretarza. 3. Wybory. II. Posiedzenie w dniu 4 stycznia 1934. Kol. W. Nowiński (jako gość z Berna): Ogólna biologja determinacji płci. III Posiedzenie w dniu 17 stycznia 1934 r. 1. Kol. Keilson. Objawy wczesne nowotworów kręgosłupa. 2. Kol. A. Aronson. O zniekształcających uogólnionych sprawach chorobowych kręgosłupa. IV. Posiedzenie w dniu 24 stycznia 1934 r. 1. Kol. H. Frenklowa: a) Przypadek niedrożności przełyku z zejściem śmiertelnem, b) Przyczynki do powikłań mózgowych w przebiegu krztuśca. 2. Kol. J. Kon: Przypadek choroby Herter-Heubnera (*infantilismus intestinalis*).

Doroczne Zwyczajne Walne Zgromadzenie Lwowskiego Towarzystwa Ginekologicznego odbyło się dnia 28. XII. 1933. Wybrano nowy Zarząd L. T. G. na rok 1934 w następującym składzie: Przewodniczący: Doc. Dr. St. Mączewski, Zastępca przewodn.: Dr. W. Madejewski, Sekretarz: Dr. L. Gerhardt, Skarbnik: Dr. G. Mahl, Członkowie Wydziału: Dr. E. Hermelin, Dr. St. Ostrowski, Dr. E. Zwilling. Członkowie komisji rewizyjnej: Dr. A. Podolinski, Dr. N. Graf, Dr. H. Newlińska. Członkowie Sądu Polubownego: Prof. Dr. A. Sołowij, Dr. E. Damański, Dr. K. Wiślański. Redakcja „Ginekologji Polskiej": Prof. Dr. K. Bocheński, Prof. Dr. A. Sołowij. Komitet redakcyjny: Doc. Dr. Mączewski, Doc. Dr. Wiczyński, Dr. Prym. Seidler, Dr. Wiślański, Dr. J. Lenczowski.

Na posiedzeniu dorocznem Wileńskiego Koła Internistów Polskich dnia 28. XII. 1933 r. zostali wybrani do Zarządu Koła na rok 1934 Prezes: Prof. Dr. A. Januszkiewicz; zastępca prezesa: Dr. Swida. Sekretarz: Dr. J. Klukowski, Skarbnik: Dr. M. Salitówna.

Posiedzenie naukowo-wyborcze Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się dnia 15 stycznia 1934 r. Część naukowa. Przyłęcki St.: Kwas moczowy i jego losy w ustroju ludzkim. Część administracyjno-wyborcza. 1 Wynik konkursów im. małż. Giellerów i Dra E. Zielińskiego. 2. Wybory.

I. posiedzenie Wydziału Lek. Poznańskiego Tow. Przyjaciół Nauk wspólnie z Tow. Chirurgów i Ortopedów Polski Zachodniej odbyło się 19 stycznia z następującym porządkiem obrad: 1. Komunikaty Zarządu, 2. Pokazy, 3. Dr. Bylina, dr. Barlik i doc. dr. Skubiszewski: Rak wargi dolnej.

Medycyna społeczna.

Z dniem 1. stycznia 1934 r. weszło w życie rozporządzenie ministra opieki społ. o dopłatach za porady lekarskie, lekarstwa, środki lecznicze, pomocnicze oraz zabiegi lecznicze w ubezpieczalniach społecznych (w Kasach Chorych).

Zgodnie z treścią tego rozporządzenia ubezpieczalnie społeczne pobierać będą od ubezpieczonych następujące dopłaty:

Za poradę lekarską 20 gr, za zabieg, lekarstwo, środek leczniczy i pomocniczy po 10 gr., za specyfiki farmaceutyczne i preparaty organoterapeutyczne 30 gr, jeżeli zabieg dokonany będzie jednocześnie z poradą, opłata wynosić będzie tylko 20 gr.

Ubezpieczalnie społeczne nie będą pobierały opłat za zabiegi chirurgiczne, rozpoznawcze, naświetlania lampą kwarcową dzieci do lat 3, przeciwko krzywicy i gruźlicy gruczołowej oraz za szczepienia ochronne.

Również nie będą pobierane opłaty za porady przy chorobach zakaźnych (rozporządzenie przewiduje 31 takich chorób), przy wszystkich chorobach dzieci do końca 3-go roku życia, przy ostrych chorobach umysłowych, przy chorobach ocznych (10 chorób), oraz przy nagłych wypadkach.

Ponadto nie będą podlegały opłatom lekarstwa i środki opatrunkowe, zastosowane osobiście przez lekarza lub personel lekarski oraz surowice, szczepionki i niektóre środki przewidziane w rozporządzeniu w liczbie 37.

Również wydawane będą bezpłatnie środki lecznicze zalecone przez lekarza na bezpłatnej poradzie. Ubezpieczeni, których choroba połączona z niezdolnością do pracy na dłużej niż 4 tygodnie począwszy od 5-go tygodnia, zwolnieni są od wszelkich opłat.

Ministerstwo opieki społ. opracowało projekt ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych. Projekt dotyczy następujących chorób: kiła, rzeżączka oraz wrzód weneryczny. Rozporządzenie przewiduje obowiązki chorego w zakresie przymusowego leczenia się, zakaz wstępowania w związki małżeńskie osób chorych, obowiązki lekarzy (obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej), obowiązki i uprawnienia władz administracyjnych itd. Pozatem rozporządzenie przewiduje, że gminy miejskie z ludnością powyżej 25 tys. mieszkańców oraz powiatowe związki samorządowe podjąć mają starania, aby w ciągu 5 lat posiadano w szpitalach odpowiednią ilość łóżek dla chorych na choroby weneryczne. Rozporządzenie przewiduje również zniesienie reglamentacji sanitarnej prostytutek.

Seminarjum ubezpieczeń społecznych dotychczas jedyne w Polsce jest zorganizowane przy Wydziale lekarskim Uniw. w Poznaniu. Prowadzi je prof. Gantkowski. Zapisani (nieobowiązkowi) słuchacze słuchają wspólnych wstępnych wykładów, poczem po 2 uczęszcza do Ubezpieczalni, gdzie biorą udział przy badaniu petentów o renty. Ilość zapisanych około 100. Roszczenie ustawowe ubezpieczeń długoterminowych na teren całego Państwa będzie wymagało podobnych urządzeń pedagogicznych i przy innych uniwersytetach.

Różne.

Artykuł dra Gangla drukowany w Nr. 51. P. G. L. p. t. „Kilka uwag o partactwie lekarskiem uprawianem przez aptekarzy", wywołał odpowiedź w Nr. 1. i 3. Wiadomości Farmaceutycznych. Redakcja tego czasopisma zapowiada otwarcie dyskusji na ten temat.

Bojowe środki chemiczne omawia w zwięzłym a wyczerpującym artykule Jan Włodarczyk na łamach Wiadomości Farmaceutycznych Nr. 51—52. 1933.

Komunikaty.

Pragnąc zachęcić pracowników Państwowej i Samorządowej Służby Zdrowia do pracy naukowej w zakresie zagadnień Zdrowia Publicznego, Ministerstwo Opieki Społecznej podaje do wiadomości, że będzie udzielało nagród autorom spośród tych pracowników za najbardziej wartościowe prace naukowe, nadesłane do oceny w ciągu 1934 r. Warunki udzielania nagród. I. Tematy prac mogą być dowolne pod warunkiem, żeby: a) dotyczyły one zagadnień Zdrowia Publicznego. b) stanowiły przyczynek naukowy w zakresie tych zagadnień. II. Prace należy nadesłać bezpośrednio do Ministerstwa Opieki Społecznej w trzech egzemplarzach, załączając krótki życiorys autora i dowód zajmowanego stanowiska w Państwowej lub Samorządowej Służbie Zdrowia. III. Nagrody będą wynosiły od 250 do 1.000 złotych w zależności od oceny przez specjalną komisję w Ministerstwie Opieki Społecznej i zależnie od decyzji Pana Ministra Opieki Społecznej. IV. Za prace nadesłane w roku 1934 nagrody będą przyznane w lutym 1935. V. Nie będą przyznane nagrody za prace, które już zostały nagrodzone w inny sposób, lub zgłoszone do innej nagrody.

Cena kwartalnika „Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej" — pod naczelną redakcją Prof. Dra Witolda Orłowskiego — obniżona została z dniem 1 stycznia 1934 roku do zł. 6.50 (Na prowincji 6.50 zł. + porto pocztowe).

Redakcja otrzymała:

Orquivo da repartiçao de antropologia criminal. Nr. 1—2. 1932. Porto (Portugal). 1933.

St. Bühn i Z. Oxner: Stosowanie oleju gomenolowego w odmie nienasyconej. Odb. „Gruźlica". Nr. 3, 1933.

St. Bühn: Leczenie sanatoryjne gruźlicy a kryzys finansowy ubezpieczeń społecznych. Odb. „Nowiny Lekarskie". Z. 13. 1933.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 14.—

zagranicą . . . . zł. 20.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.